

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 648

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-François PRASLON

Né le 8 Juin 1914, à CORBIGNY (Nièvre)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital de Nevers

**Etude clinique et thérapeutique
des occlusions post-opératoires
d'origine appendiculaire**

(TRAVAIL DU SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HOPITAL DE NEVERS)

Président : M. Pierre DUVAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

643

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-François PRASLON

Né le 8 Juin 1914, à CORBIGNY (Nièvre)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital de Nevers

Etude clinique et thérapeutique des occlusions post-opératoires d'origine appendiculaire

(TRAVAIL DU SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HOPITAL DE NEVERS)

Président : M. Pierre DUVAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Clinique médicale	.....
Hygiène et clinique de la première enfance	.....
Clinique des maladies des enfants	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....
Clinique d'accouchements	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire



MM.
ROUVIERE.
LEON BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ADRAM.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD
LAIGNEL-
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPEL.
CARNOT.
Marcel LABBE
CIERC.
LEREBoullet
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
COUGEROT.
GUILLEIN.
LENIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE
BATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	 Pathologie chirurgicale.
BARIETY	 Pathologie médicale.
FENARD Henri	 Pathologie médicale.
BERNARD Et.	 Pathologie médicale.
BESANCON (J.)	 Hydrologie.
BOULIN	 Pathologie médicale.
BULLIARD	 Histologie.
CATHALA	 Pathologie médicale.
COSTE	 Pathologie médicale.
CHEVALLIER	 Pathologie médicale.
DOGNON	 Physique
FUNK-	
PRENTANO	 Pathologie chirurgicale.
FEY	 Urologie.
GAILLARD	 Parasitologie.
GASTINEL	 Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	 Pathologie chirurgicale.
GAYET	 Physiologie.
DE GENNES	 Pathologie médicale.
GIROUD	 Histologie.
HAGUENAU	 Pathologie médicale.
HALPHEN	 Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	 Anatomie pathologique
JOANNON	 Hygiène.
LACOMME	 Obstétrique.
LANTUEJOUL	 Obstétrique.
LAROCHE Guy.	 Pathologie médicale
LAVIER	 Parasitologie.
LELONG	 Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENECAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD.....	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHAILLOI	
DONZELOT	
DUVOIR	} Clinique chirurgicale
LIAN	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PERE
(in memoriam)

A MES GRAND'MERES

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

Témoignage de respectueuse admiration et de profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET

Chirurgien de l'Hospice de Bicêtre

En témoignage de gratitude pour l'enseignement qu'il m'a donné et pour l'appui bienveillant qu'il n'a cessé de m'accorder.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de la Salpêtrière

*Témoignage de vive reconnaissance
pour l'honneur qu'il m'a fait en m'ac-
cueillant dans son service.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique

En témoignage de respectueuse admiration et de profonde affection pour la sollicitude qu'il m'a toujours montrée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

En gage de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES DUNCOMBE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Nevers

*Qui a bien voulu inspirer et guider
ce travail et à qui appartiennent toutes
les observations que nous publions.*

*En témoignage de mon attachement
et de ma reconnaissance pour son en-
seignement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIEL
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Faible témoignage de mon affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE DOCTEUR AUBERTIN

AUX MÉDECINS DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA PLACE DE NEVERS

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale occupe un gros chapitre dans l'histoire de l'appendicite.

On peut en effet observer des occlusions en dehors de toute intervention chirurgicale et ceci dans les circonstances suivantes :

1° *Au cours d'une crise d'appendicite.* — Il est des cas où le tableau clinique de la maladie est dominé par des phénomènes occlusifs qui prennent le pas sur tous les autres symptômes et peuvent jusqu'à un certain point égarer le diagnostic.

Ces « appendicites à forme occlusions » sont surtout fréquentes après la cinquantaine.

2° *Longtemps après une crise d'appendicite qui n'a pas été opérée.*

Il existe même des occlusions en apparence primitives où une intervention chirurgicale montre que l'agent d'étranglement est une ou plusieurs brides organisées autour d'un foyer appendiculaire; la crise d'appendicite initiale peut être retrouvée par un interrogatoire soigné du malade ou même peut avoir passé complètement inaperçue.

Ces occlusions qui ne sont pas post-opératoires ne rentrent pas dans le cadre de notre étude.

Nous aurons en vue les occlusions post-opératoires de l'appendicite.

Celles-ci sont de deux ordres :

1° *Occlusions post-opératoires précoces* survenant quelques jours ou quelques semaines après l'appendicectomie. Ces circonstances étiologiques leur donnent une physionomie très spéciale et ce sont celles qui vont faire l'objet de cette étude.

2° *Quant aux occlusions post-opératoires tardives*, survenant plusieurs mois ou plusieurs années après l'appendicectomie, ce sont en général des occlusions par brides ne différant en rien de celles qui peuvent survenir après une autre intervention abdominale ou après une péritonite tuberculeuse.

Le traitement en est la laparotomie médiane et la levée de l'obstacle.

Elles ne nous retiendront pas davantage.

OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES PRECOCES DE L'APPENDICITE

Ce sont donc celles qui forment l'objet de cette étude.

Elles posent un problème d'indication opératoire toujours difficile et souvent angoissant et le meilleur mode de traitement de ces occlusions a été très discuté dans ces dernières années, tant dans les sociétés savantes que dans de nombreuses monographies.

Ce terme d'occlusions post-opératoires précoces s'adresse à un certain nombre de faits assez disparates dans lesquels nous avons tenté un essai de classification tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique.

Nous verrons en effet que les phénomènes occlusifs reconnaissent pour cause des facteurs très différents et pour chaque type clinique que nous allons essayer d'isoler nous préconisons des règles thérapeutiques différentes.

Nous croyons qu'il faut dans ces occlusions post-opératoires précoces tant au point de vue étiologique qu'au point de vue pronostic et thérapeutique faire une distinction capitale entre deux ordres de faits.

Il ne nous a pas semblé que cette distinction ait été marquée d'une façon assez nette dans les nombreuses publications que nous avons étudiées.

1° Il est des cas où les phénomènes occlusifs déjà plus ou moins marqués au cours d'une crise d'appendicite opérée d'urgence, continuent à évoluer après l'intervention et sont, croyons nous, *la traduction de l'iléus paralytique* qui accompagne toute péritonite aiguë généralisée.

Ce qui caractérise ces formes c'est qu'après l'intervention, il n'y a *aucune sédation des phénomènes*. La péritonite continue à évoluer malgré l'appendicectomie et son évolution est en général fatale.

On opère par exemple à la 48^e heure, une appendicite grave avec température élevée, pouls rapide, contracture généralisée, qui souvent déjà à cette période s'accompagne d'un certain météorisme. Il y a des vomissements répétés, arrêt des gaz déjà depuis plus de 24 heures.

A l'intervention on trouve du pus libre entre les anses intestinales, un appendice gangrené, souvent perforé.

Dans les jours qui suivent, l'intervention n'a amené aucune sédation, la température reste élevée, le pouls reste rapide, le malade est anxieux et agité. Les vomissements persistent, ainsi que *le ballonnement qui va en s'accroissant progressivement*. Le malade se plaint d'être gêné, mais (nous insistons beaucoup sur ce symptôme) *ne présente aucune colique*

et jamais d'ondulations péristaltiques. L'intestin ne se contracte pas.

Ce tableau clinique baptisé à tort occlusion post-opératoire, n'est en réalité, comme nous venons de le dire que la traduction de la paralysie intestinale propre à la péritonite.

Il n'y a guère de moyen efficace de lutter contre cette atonie intestinale.

Le pronostic de ces formes est à peu près fatal *quoi que l'on fasse.*

Une preuve thérapeutique, si l'on peut dire, de la réalité de cette entité clinique et de sa pathogénie, c'est l'inefficacité du traitement chirurgical : quand on intervient, on trouve un intestin uniformément distendu, des fausses-membranes disséminées et les *dérivations sont inopérantes*. Une sonde placée dans l'intestin n'amène aucune sédation, l'entérostomie ne fonctionne pas, car *l'intestin ne se contracte pas.*

Occlusions mécaniques

A ces occlusions par péritonite progressive nous opposerons un second type qui présente un intérêt considérable par les résultats à peu près constants du traitement chirurgical mis en œuvre de façon précoce. Sans préjuger de l'étiologie (nous verrons que ces occlusions ont été décrites sous le nom d'occlusions mécaniques, d'occlusions mixtes) et en restant strictement sur le terrain clinique nous les appellerons des *occlusions curables*.

Ce qui les caractérise c'est qu'entre les phénomènes initiaux qui ont fait décider de l'appendicectomie et leur apparition, il existe une *période de sédation*, souvent une amélioration, en fait un véritable *intervalle libre* de quelques jours à quelques semaines, quand apparaissent les phénomènes occlusifs. Ceux-ci se comportent comme une occlusion par obstacle mécanique, avec vomissements, *douleurs intermittentes* à type de coliques, *ondulations péristaltiques* dont la recherche est capitale.

Dans ces formes quelle que soit la nature de l'obstacle intestinal, il existe un barrage qu'il faut lever ou *au-dessus duquel il faut dériver*.

Le schéma clinique est le suivant : on opère une crise d'appendicite souvent sévère; température aux environs de 39°, contracture de la fosse iliaque droite, souvent contracture généralisée; on trouve du pus, de grosses lésions appendiculaires, on draine et on mèche largement. Le lendemain l'amélioration est nette, la température est souvent au voisinage de la normale, le pouls est régulier, bien frappé, ne dépassant pas 100. On fait un bon pronostic. L'amélioration se poursuit dans les jours qui suivent, souvent quelques gaz sont émis et on escompte une guérison sans incidents.

Quand apparaissent, souvent en quelques heures, les symptômes occlusifs : le malade accuse un malaise, dit que ses gaz ne passent plus. Petit à petit, sans élévation thermique, sans accélération notable du pouls, le tableau de l'occlusion se cons-

titue : coliques très violentes survenant à intervalles plus ou moins rapprochés, *ondulations péristaltiques* qui dans certains cas sont très nettes et assez étendues, dans d'autres cas sont très discrètes, doivent être recherchées avec soins, souvent ne sont mises en évidence que par une *légère excitation de l'abdomen*.

Dans certains cas, sur un abdomen plus ou moins tendu, on ne perçoit pas d'ondulations nettes, mais on peut au moment d'une crise de coliques, percevoir un gargouillement très net.

Tel est le tableau schématique qu'on dirait calqué sur un certain nombre des observations que nous publions.

Ce sont les cas où l'intensité des symptômes, la netteté des constatations cliniques ne laissent aucun doute sur la nécessité d'une intervention d'urgence.

Mais souvent le tableau est moins net, tout se borne, après l'amélioration passagère qui suit l'appendicectomie, à des symptômes occlusifs discrets : arrêt temporaire des gaz, un vomissement, souvent un simple état nauséux, quelques coliques. Après un malaise de quelques heures, issue de quelques gaz qui amène une sédation momentanée.

C'est dans ces cas que le malade devra être suivi de très près, revu plusieurs fois dans la journée, car dans certains cas, après plusieurs alternatives d'arrêt puis de débâcles gazeuses, on voit peu à peu en quelques jours la circulation intestinale se rétablir.

Dans d'autres cas au contraire, après plusieurs alertes suivies de sédation, le tableau de l'occlusion se présente avec une telle netteté qu'il entraîne une décision opératoire immédiate.

La date de l'apparition de ces occlusions est variable. Nous avons vu apparaître les premiers symptômes 36 heures après l'appendicectomie (Obs. M^{me} Val). Dans d'autres cas, elle est beaucoup plus tardive : 3 semaines, un mois, un mois et demi même, après l'intervention. Nous avons une ou deux observations où les symptômes occlusifs sont apparus à une période si tardive que la vaste plaie laissée par l'ablation des mèches était à peu près cicatrisée.

Etiologie et pathogénie

Il nous faut maintenant aborder le chapitre de l'étiologie de ces occlusions appendiculaires post-opératoires.

Il est indiscutable qu'il s'agit d'un processus de péritonite localisée de la fosse iliaque droite ou du pelvis, souvent des deux à la fois, car on sait la fréquence avec laquelle même dans les appendicites localisées à la fosse iliaque droite et sans péritonite généralisée, une aspiration du Douglas ramène du liquide séro-purulent et souvent du pus franc.

Mais à côté de ce facteur propre à l'appendicite nous croyons qu'un gros facteur étiologique est dans *le mode de drainage* : les mèches ont pour carac-

téristique de provoquer un véritable processus de péritonite adhésive, un véritable barrage qui est au premier chef un facteur d'occlusion.

Nous ouvrirons ici une parenthèse pour affirmer que cette constatation n'est nullement à nos yeux une raison pour condamner le méchage. Celui-ci a pour but de localiser l'infection, de protéger les parties saines du péritoine en même temps qu'il pompe les sécrétions. Malheureusement de temps en temps il dépasse son but et aggrave les agglutinations d'anses, mais c'est déjà un grand point d'avoir enrayé la généralisation de la péritonite car on est loin d'être désarmé contre les phénomènes occlusifs.

Anatomie pathologique

Ces occlusions post-opératoires de l'appendicite nous semblent être liées avant tout à un processus d'agglutinations localisées. C'est pourquoi les termes d'occlusions mécaniques, d'occlusions mixtes, nous semblent trop schématiques.

Il est un fait que ce processus d'agglutinations est évolutif, donc infectieux, puisqu'on voit souvent s'organiser l'obstacle en quelques jours, quelques semaines. Il est donc infectieux quant à sa nature et mécanique quant à ses effets.

Aussi n'insisterons nous pas sur ces appellations diverses et nous bornerons nous à affirmer qu'en se plaçant au point de vue clinique, ces occlusions se comportent comme des occlusions mécaniques.

Cependant ce que nous savons de l'anatomie pathologique, influera sur la conduite opératoire dont la règle capitale consistera à *toujours intervenir à distance du foyer* et cette règle nous semble d'autant plus formelle *qu'on est amené à intervenir à une période plus rapprochée de l'appendicectomie*.

Nous aurions tendance à réserver le terme d'occlusions mixtes à celles pour lesquelles le processus d'agglutination s'accompagnerait d'un abcès résiduel.

Sur une statistique portant sur 23 cas nous n'en avons observé que deux de nets. Dans ces cas le tableau clinique est assez spécial. Les phénomènes occlusifs nous ont semblé alors, apparaître de façon relativement tardive.

Ces phénomènes sont plus atténués que dans les cas que nous avons étudiés jusqu'ici. D'autre part il nous ont toujours paru *s'accompagner d'une élévation thermique*.

C'est pourquoi, au risque d'être un peu schématique, nous aurions tendance à admettre que quand il s'agit d'agglutinations pures et simples, on a affaire à un tableau net d'occlusion et comme telle apyrétique. Au contraire les abcès résiduels réalisent plutôt le *type du subocclusion fébrile*.

DISTINCTION ENTRE LES ABCÈS RÉSIDUELS.

D'ailleurs les abcès résiduels doivent eux-mêmes être distingués les uns des autres, car ils réalisent suivant leur localisation des tableaux cliniques très

différents. Parmi ceux-ci les plus fréquemment observés sont les *abcès résiduels du Douglas*. Ils donnent un tableau mi-partie infectieux, mi-partie subocclusif.

Un malade a été opéré d'appendicite suppurée, drainée et méchée. Tout semble aller bien, les fonctions intestinales se sont rétablies, les mèches sont enlevées progressivement, on escompte une guérison sans incident, quand apparaissent du ballonnement, des coliques intermittentes avec arrêt momentané de l'émission des gaz, en même temps qu'on voit s'élever la température qui jusque là oscillait entre 37 ° 5 et 38 °.

Deux symptômes sont capitaux pour faire le diagnostic de l'abcès du Douglas. Ce sont :

1° *Les phénomènes de rectite* : ténésme, épreintes et émissions glaireuses, quelques fois striées de sang.

2° *Les signes de toucher* : montrant un *empatement diffus*, pouvant faire place dans les cas les plus typiques à une *véritable masse fluctante* faisant saillie dans le rectum.

L'évolution de ces réactions inflammatoires du Douglas est loin d'ailleurs de se faire toujours vers un abcès collecté.

On voit très souvent sous l'influence de la glace, d'une diète sévère, de petits lavements chauds, tous les phénomènes rentrer dans l'ordre.

Dans d'autres cas c'est l'ouverture spontanée d'un

abcès avec émission de pûs abondant par l'anüs qui amène une sédation rapide.

Enfin, au cas d'abcès bombant dans le Douglas, sans tendance à s'ouvrir spontanément, le traitement chirurgical s'impose sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Mais l'abcès résiduel peut *siéger n'importe où*, dans la fosse iliaque droite, dans l'hypocondre gauche, dans la région rétro-pubienne, souvent même en plein ventre : abcès mésocœliaque. Nous apportons une observation au moins de chacune de ces localisations.

Dans tous les cas d'abcès résiduels, nous insistons sur deux symptômes :

1° *Les accidents occlusifs sont atténués*, plutôt subocclusion qu'occlusion vraie.

2° On observe toujours une élévation soit brusque, soit progressive de la température. Aussi admettrions nous volontiers la formule suivante : « *les abcès résiduels donnent des subocclusions fébriles et relativement tardives* ».

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE CES DIFFÉRENTES FORMES ENTRE-ELLES.

L'étude clinique que nous avons faite des différents types d'occlusions qu'on peut observer à la suite de l'appendicectomie à chaud nous permet de schématiser 3 types cliniques différents :

1° L'iléus paralytique;

2° L'occlusion par agglutination et brides;

3° L'occlusion par abcès résiduel.

Nous nous permettrons d'insister sur les caractères cliniques différentiels, car le pronostic, le traitement et la technique opératoire en sont totalement différents.

a) *Iléus paralytique*. — Ces symptômes ne sont que l'aggravation progressive des symptômes de l'appendicite causale sans rémission, sans intervalle libre. Le ballonnement est généralisé sans coliques, sans ondulations péristaltiques. L'état général est grave. Toute thérapeutique chirurgicale nous semble illusoire dans ce cas : le pronostic est à peu près fatal.

b) *Iléus par agglutination et brides*. — Il y a eu après l'appendicectomie une *amélioration nette*, de quelques jours à quelques semaines, quand apparaissent assez rapidement les symptômes de l'occlusion par obstacle du grêle avec vomissements précoces, coliques intermittentes, ondulations péristaltiques nettes. Le tout évoluant sans élévation thermique, avec un état général d'abord peu touché et qui ne s'aggraverait que par une temporisation qui n'est pas de mise devant un pareil tableau.

3° *Occlusions par abcès résiduel*. — Toujours accompagnées de température, souvent l'élévation thermique précède l'apparition des symptômes occlusifs. Ceux-ci sont beaucoup moins nets, plutôt phénomènes de subocclusion.

A l'appui de cette étude clinique, nous présentons les observations suivantes :

Les premières (de I à IV) illustrent ce que nous avons dit des phénomènes occlusifs en rapport avec l'évolution de la péritonite. L'évolution confirme la gravité du pronostic qui doit être porté en pareil cas.

2° Les observations de IV à XXI se rapportent à des occlusions vraies : iléus par agglutination, où une période de sédation plus ou moins longue sépare la crise appendiculaire qui a justifié l'appendicectomie, des premiers accidents occlusifs. Les résultats presque constamment bons, justifient l'opposition du pronostic que nous avons établi entre cette variété d'occlusion et les premières.

3° Les observations de XXI à XXIV concernent des abcès résiduels. On y remarque le caractère relativement tardif de ces occlusions. Les accidents, leur allure fébrile se retrouvent dans ces observations.

4° Enfin les observations de XXV à XXIX concernent les occlusions tardives.

Obs. I (Mlle Com..., 28 ans).

Iléus paralytique traité par lavages d'estomac répétés et sérum hypertonique.

Vue le lundi soir avec température à 39°6. Altération du facies — Pouls à 120. La fosse iliaque droite est souple et indolore. Il existe par contre une douleur très vive avec contracture dans la région sous-hépatique. On fait le diagnostic de cholécystite aiguë et, à cause de l'intensité des symptômes, la malade est transportée à la clinique pour observation.

Le mardi : état stationnaire — Revue le mercredi vers midi. La contracture persiste dans la région sous-hépatique. Le reste du ventre est souple et indolore.

A 13 heures : douleur brutale — Vomissements — La malade est revue à 14 heures : ventre de bois avec maximum douloureux dans la fosse iliaque droite. On intervient d'urgence.

Incision iliaque droite avec section des muscles : liquide séro-purulent. Il existe une perforation au voisinage de la base d'un appendice démesurément long dont la pointe remonte jusque vers le foie, ce qui oblige à agrandir considérablement l'incision vers le haut.

Un drain dans le Douglas. Drains et mèches dans la fosse iliaque. Un drain et une mèche vers la région sous-hépatique. Fermeture partielle en un plan de l'incision à sa partie inférieure.

Suites. — Le lendemain la température a baissé légèrement : 38°. Le pouls reste rapide : 120. Il existe quelques vomissements — le surlendemain persistance de vomissements — ballonnement — pas d'issue de gaz. Mais aucune colique, aucune ondulation — on administre du sérum salin hypertonique. Mise en place de sonde rectale. Dans les jours qui suivent, le ballonnement est énorme, sans la moindre colique. Il existe des vomissements abondants, verdâtres, obligeant à faire trois lavages d'estomac par jour, ramenant à chaque lavage près d'un litre de liquide verdâtre.

Tout se passe comme s'il existait une atonie du pylore et que tout le contenu intestinal refluaît vers l'estomac — le traitement, lavages d'estomac, sérum sous-cutané, injection intraveineuse, de sérum salin à 20 % à la dose de 40 cc. par jour, est continué pendant 8 jours.

Le neuvième jour : émission de quelques gaz. Les vomissements s'espacent.

Le dixième jour : un lavement donne lieu à une petite selle.

A partir de ce moment, les gaz sont émis normalement, les vomissements disparaissent, la guérison survient progressivement.

OBS. II (M. Bru..., 36 ans).

17 mai 1937. Appendicectomie. Rachi.

Vient au cinquième ou sixième jour d'une crise appendiculaire. Tout le ventre est douloureux et on constate une grosse masse juxta-ombilicale. Température 39°5. Pouls 120.

Incision dans la fosse iliaque droite, par laquelle il est impossible d'aborder l'abcès.

Incision médiane : il existe un énorme abcès dont le fond est formé par le péritoine pariétal postérieur et le toit par la première anse iléale et son méso. Après protection soigneuse, l'abcès est ouvert et largement drainé.

Mikulicz dans le Douglas. Drains et mèches dans la fosse iliaque.

Suites opératoires. — Le lendemain aucune amélioration. Température 39°. Pouls rapide. Le ventre est ballonné.

Le jour suivant les vomissements apparaissent : verdâtres, répétés. Ballonnement plus marqué. Aucune colique. Aucune ondulation.

Le troisième jour : l'état est aussi mauvais. Gros ballonnement, sans coliques, aucune émission de gaz. Le pronostic semble fatal.

On tente néanmoins une *iléostomie*, pratiquée dans la fosse iliaque gauche selon la technique habituelle.

Celle-ci ne donne aucun résultat, la sonde ne fonctionne pas, le ballonnement ne diminue pas.

Mort le lendemain.

Obs. III (M. Laf..., 46 ans).

4 avril 1934. Appendicite et section de brides intestinales.

Malade vu au troisième jour d'une crise d'appendicite avec défense de tout l'abdomen. Maximum douloureux dans la fosse iliaque droite, ballonnement, pas d'issue de gaz depuis la veille. Vomissements. Température 39°5. Pouls à 120. On intervient avec le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Intervention. — Issue de pus. Appendice plongeant dans le petit bassin, gangrené, perforé. Un drain dans le Douglas. Un drain et des mèches dans la fosse iliaque. L'incision est rétrécie par un point.

Le lendemain aucune amélioration. Pas de gaz. Le ballonnement a augmenté, les vomissements persistent. La température est au-dessus de 39°. Pouls rapide dépassant 120. Lavage d'estomac. Sérum hypertonique intraveineux. Mise en place d'une sonde rectale.

6 avril 1934, le lendemain : même tableau clinique. Le ballonnement a encore augmenté, pas d'issue de gaz. Le malade se plaint de distension abdominale. Pas de coliques.

Devant l'insistance de sa famille qui demande que l'on tente quelque chose, on fait une *entérostomie* dans la fosse iliaque gauche : énorme dilatation de toutes les anses. Issue de liquide séro-purulent — la sonde ne donne rien ni dans les heures qui suivent, ni le lendemain. La mort survient au quatrième jour.

OBS. IV (Mme Duc..., 40 ans).

Vue le 20 juillet 1938 : à 9 heures du soir, pour douleurs abdominales très bas situées. Vomissements. Température 39°. Pouls à 120. Au palper : souffre un peu de la fosse iliaque — mais davantage plus bas dans la région annexielle droite. Pas de contracture. Femme de 40 ans, mère de 3 enfants, accouchements normaux. Bien réglée, pas de pertes blanches. Toucher vaginal : pas de masse annexielle, cul-de-sac vaginal gauche non douloureux.

Dans le cul-de-sac droit, le toucher réveille une très vive douleur. On fait le diagnostic d'appendicite pelvienne et l'on intervient d'urgence.

Incision de Mac Burney, un peu de liquide séro-purulent. On est obligé d'aggrandir l'incision vers le bas, car il s'agit d'un appendice plongeant dans le petit bassin.

Quand on arrive à le libérer et à l'extérioriser, on s'aperçoit qu'il existe une perforation à la partie moyenne de l'appendice.

Un drain et deux mèches dans le Douglas. Drain et mèches dans la fosse iliaque droite.

Fermeture partielle.

Le lendemain la température a baissé, mais le pouls reste rapide : 120 — quelques vomissements.

Le surlendemain : pas de gaz, la malade est ballonnée, mais pas de coliques.

Les jours suivants : même tableau. Température 38°. Pouls à 120.

Ballonnement, pas d'issue de gaz.

Au quatrième jour : le drain et les mèches du Douglas sont enlevées. Toujours pas d'issue de gaz — le ballonnement s'accroît.

Au cinquième jour : même tableau clinique, le sérum

salin hypertonique intraveineux, l'ésérine, les petits lavements salés hypertoniques ne provoquent aucune évacuation de gaz.

Les vomissements persistent. On fait le cinquième jour, dans la fosse iliaque gauche, une *entérostomie* sous- locale.

On trouve des anses très distendues, hyperhémées.

La sonde ne donne rien — même après injection de petites quantités de sérum salin hypertonique.

L'intestin ne se contracte pas.

Le ballonnement s'accroît encore, le pouls dépasse 140.

Le malade meurt le sixième jour.

OBS. V (Mme Mor..., 35 ans).

Appendicectomie le 5 juillet 1936.

Vue au troisième jour d'une appendicite aiguë avec gros symptômes locaux. Température 39°.

Opérée immédiatement : laparotomie iliaque droite avec section des muscles. A l'ouverture du péritoine, issue de pus — appendice latéro-cæcal ascendant gangrené et perforé. Un drain dans le Douglas par lequel s'écoule du pus en abondance. Drain et mèches dans la fosse iliaque. La plaie pariétale est juste rétrécie par un crin double.

Le lendemain : va remarquablement bien. Bon facies — le pouls se ralentit — le soir, issue de quelques gaz par l'anus.

Le 7 juillet 1936 : quarante-huit heures après l'intervention, le tableau change. Sans température, sans accélération du pouls, apparaissent des coliques à intervalles rapprochés. Ventre souple, mais au bout de quelques heures apparition d'ondulations péristaltiques nettes.

Entérostomie à la Witzel dans la fosse iliaque gauche. La sonde donne immédiatement et tout rentre dans l'ordre.

Cinq jours après : de nouveau : coliques — vomissements.

Il apparaît évident qu'il y a un nouvel obstacle au-dessus.

Comme les phénomènes ne sont pas alarmants, on essaie la sonde duodénale. Celle-ci vidange admirablement le grêle dilaté et tout rentre dans l'ordre. La sonde est laissée 48 heures.

Trois jours après : nouveaux phénomènes analogues qui cèdent définitivement après mise en place pendant 48 heures d'une sonde duodénale.

A noter : les excellents résultats obtenus par le tubage duodéal dans les occlusions immédiates très haut situées, c'est-à-dire ne descendant pas plus bas que la première anse grêle.

OBS. VI (M. Gerb..., 30 ans).

15 mai 1938. Souffre du ventre depuis plusieurs mois. Albuminurie persistante. Vient consulter pour une crise douloureuse avec 38°.

On hésite à porter le diagnostic d'appendicite, étant donné l'albuminurie persistante.

Glace sur le ventre pendant quelques jours.

Radiographie : pas d'image de calcul de l'arbre urinaire.

Examen cyto-bactériologique des urines : ni pus, ni microbes.

Intervention pour appendicite le 14 juillet 1938.

Appendice entièrement plaqué dans le petit bassin, au voisinage des vaisseaux iliaques.

On est obligé de sculpter l'appendice dans les adhérences fibreuses qui l'entourent.

L'appendicectomie laisse une surface cruentée nécessitant la mise en place d'un drain et de mèches. — Fermeture partielle.

Le lendemain : état général satisfaisant, quelques vomissements.

Le surlendemain : apparition de coliques. — Atropine. — Sérum salin hypertonique. Suppression de boisson. — Malgré ce traitement les signes occlusifs se précipitent dans la nuit : vomissements — coliques violentes — Ondulations péristaltiques nettes.

Entérostomie dans la fosse iliaque gauche, qui met rapidement fin aux accidents.

Nous signalerons par ailleurs que le malade a été revu à plusieurs reprises ultérieurement et que son albuminurie a complètement disparu depuis l'appendicectomie.

OBS. VII. (M. Bris... — 31 ans).

14-5-37 — *Appendicectomie*.

Appendicite au 4^e jour. — Appendice gangrené et perforé. — Drain et mèches dans la fosse iliaque. — Drain dans le Douglas. — Aucune fermeture.

Suites opératoires.

Le lendemain l'état général est assez satisfaisant, 38°. Bon poulx, ventre souple, pas de ballonnement.

16-5-37. — Le surlendemain, apparition de coliques intermittentes de plus en plus fréquentes. — Sérum hypertonique. — Atropine. — Aucune sédation. — Les coliques persistent, on voit apparaître quelques ondulations péristaltiques. Vomissements verdâtres.

Dans la soirée on intervient : *iléostomie*, dans la fosse

iliaque gauche qui amène une sédation immédiate des accidents.

Le drain du Douglas est enlevé au 4^e jour, les mèches du 8^e au 12^e jour.

La guérison se poursuit sans incidents.

OBS. VIII. — (Mlle Val... — 12 ans. — 17 mars 1939).

Crise appendiculaire datant de la veille, reprise des douleurs le lendemain matin, à 4 heures. Est amenée au début de la matinée — 39°.

Contracture localisée.

On trouve un appendice gangrené, perforé. — Aspiration du Douglas, pus franc, drainage de la fosse iliaque. — Drain et mèches dans le Douglas.

Opérée le vendredi matin, va mieux le samedi. — 37° 5.

Bon facies.

Recommence à souffrir dans la nuit de samedi à dimanche, coliques intermittentes, état nauséux. Le pouls n'est pas accéléré. — Violentes coliques dimanche. — Vomissements. — Atropine. — Sérum salin : issue de quelques gaz. — Revue dans la journée : souffre encore par intermittences.

Toute la journée du lundi : coliques, issue de gaz.

On décide de temporiser : dans la nuit de lundi à mardi, l'état s'aggrave : douleurs incessantes, très violentes, ondulations péristaltiques très nettes.

On commence à enlever le drain et la mèche du Douglas, ce qui n'amène aucune sédation.

On se décide à pratiquer dans la fosse iliaque gauche, sur une anse dilatée, une *entérostomie à la Witzel* qui fait céder immédiatement tous ces phénomènes.

OBS. IX. — (Mme Pou... — 42 ans).

Vue le 18 janvier 1938, à 9 heures du matin pour crise douloureuse abdominale ayant débuté dans la nuit. 39 ° pouls à 120. — Maximum douloureux dans la région ovarienne droite. — Femme mariée, un accouchement il y a 10 ans. — Jamais de pertes blanches. — Jamais de fausses-couches. — Règles normales. — Toucher : utérus normal. — Intégrité parfaite du cul-de-sac gauche. Très vive douleur au cul-de-sac droit. — On fait le diagnostic d'appendicite pelvienne.

Intervention d'urgence : laparotomie médiane sous-ombilicale en position de Trendelenbourg. — On trouve un appendice pelvien gangrené perforé dont la pointe est au contact du bord utérin. — Appendicectomie. — Mikulicz. — Fermeture en un plan. — Pendant 4 jours état général assez satisfaisant. — La température ne dépasse pas 38 °. — Issue de quelques gaz.

Le 5^e jour à la contre-visite : la malade se déclare gênée, ressent quelques coliques. — Pouls à 100.

Revue à minuit pour un vomissement et de violentes coliques. — On constate des ondulations péristaltiques, une altération du faciès et un pouls à 120. Injection de 20 cc. de sérum hypertonique salin et *intervention d'urgence*.

Entérostomie dans la fosse iliaque gauche. — Dès la fin de l'intervention la sonde se met à fonctionner. — L'amélioration est rapide.

La guérison fut troublée par une désunion de la suture au niveau de l'entérostomie. — Dès le 6^e jour, écoulement abondant de liquide autour de la sonde. — A l'ablation de celle-ci, il s'établit une fistule du grêle et écoulement très abondant qui oblige à intervenir 4 mois après pour fermeture de la fistule intestinale.

OBS. X. — (Mme Lév... — 36 ans).

22 mars 1936 : Vue au 3^e jour d'une crise d'appendicite sévère. — Contracture de tout le flanc droit. — t° 39° 4. Pouls à 120.

Intervention d'urgence.

Laparotomie iliaque droite avec section des muscles. Pus. Appendice gangrené, perforé. — Un drain dans le Douglas. Drains et mèches dans la fosse iliaque. — Fermeture partielle.

Suites opératoires :

Le lendemain sédation — le ventre est souple. — La température a baissé. Dans les jours suivants l'amélioration se poursuit, issue de quelques gaz.

Le 6^e jour des accidents occlusifs manifestes s'établissent. — Coliques violentes. — Ondulations péristaltiques. Vomissements verdâtres. — On intervient d'urgence : iléostomie dans la fosse iliaque gauche. La sonde donne immédiatement et les phénomènes abdominaux rentrent dans l'ordre.

Les jours suivants, quelques coliques dues à l'arrêt momentané de l'écoulement par la sonde. L'injection de quelques centimètres cubes de solution hypertonique met fin à ces accidents.

Vers le 15^e jour : nouveaux phénomènes occlusifs avec vomissements, coliques intermittentes.

On fait avaler à la malade une sonde duodénale qui est laissée en place 48 heures et par laquelle on fait de l'aspiration.

Sous l'influence de ce sondage, les accidents rentrent dans l'ordre. La malade semble hors de danger, quand vers le 20^e jour surviennent : élévation thermique et une hémiplégie droite. Fonte musculaire énorme en 48 heures. Coma et mort vraisemblablement due à un abcès gangréneux du cerveau. Il n'a malheureusement pu être pratiqué d'autopsie.

OBS. XI. — (Gaston Chr... — 10 ans).

1^{er} Mars 1935 : Appendicectomie.

Est amené pour crise d'appendicite datant de 48 heures avec grosse contracture de la fosse iliaque droite. Température 39°. — Altération du faciès. Le reste du ventre est souple.

Opération d'urgence : Laparotomie iliaque droite avec section des muscles. — Issue de pus. — Appendice gangrené, perforé. — Un drain dans le Douglas. — Drain et mèches dans la fosse iliaque. — Fermeture partielle.

Le lendemain : la température a baissé. — Le ventre est souple, le faciès bon. — L'amélioration se poursuit les jours suivants. Emission de gaz le 3^e jour. Le 4^e jour le drain du Douglas est enlevé.

L'enfant commence à souffrir le 8^e jour : coliques intermittentes sans élévation thermique. On enlève le drain et les mèches. Atropine, sérum salé hypertonique : Pas d'amélioration — Les douleurs se précisent, se rapprochent. Ondulations péristaltiques visibles.

8 mars 1938 : A 11 heures du soir, sous locale : *entérostomie* dans la fosse iliaque gauche : la sonde fonctionne immédiatement, les accidents occlusifs cèdent rapidement.

Dans les jours suivants la sonde donne abondamment.

Au 15^e jour : selle par l'anus.

Vers le 18^e jour : nouvelle alerte. La sonde ne donne rien. Coliques. Injection de solution salée par la sonde : Celle-ci se remet à fonctionner et tout rentre dans l'ordre.

22 mars 1938 : nouvelle crise occlusive avec violentes douleurs, ondulations, vomissements. La sonde ne donne plus. L'injection de solution salée dans la sonde ne donne aucun résultat.

On fait de l'atropine, du sel intra-veineux à haute dose : aucune sédation.

L'état général s'altère très rapidement, les phénomènes occlusifs ayant commencé le matin à 9 heures, à 4 heures du soir l'état de l'enfant est alarmant : pouls à 140 — Deshydratation.

On fait de toute urgence une *nouvelle entérostomie* par incision médiane sous-ombilicale. La sonde fonctionne immédiatement, les coliques disparaissent, mais les phénomènes toxiques continuent à évoluer.

Malgré l'injection de sérum salin hypertonique, l'enfant succombe dans la nuit.

OBS. XII. — (Gasc... Georges — 14 ans).

Crise appendiculaire dont le début semble remonter à plus de 48 heures. — En tous cas il s'agit d'un enfant en pleine péritonite avec contracture généralisée.

A l'ouverture, pus libre dans le péritoine. — Il s'agit d'un appendice filant sous la racine du mésentère adhérent, gangréné, perforé.

Un drain dans le Douglas. — Drain et mèches dans le foyer.

Fermeture partielle.

Amélioration rapide. — La température baisse le lendemain, le pouls se ralentit, issue de gaz au bout de 48 heures. — Le drain du Douglas est enlevé au 4^e jour.

Tout semble aller pour le mieux quand le 6^e jour :

Apparition de coliques — espacées — allant se rapprochant — vomissements.

Malgré la diète, le sérum et l'atropine, les phénomènes persistent.

Ondulations péristaltiques très nettes :

On décide d'intervenir :

Entérostomie sur une anse grêle dilatée dans la fosse iliaque gauche.

Fistulation à la Witzel — la sonde donne immédiatement.

Une douzaine d'heures après, l'enfant, agité, arrache sa sonde mais par l'orifice de fistulation le liquide intestinal continue à couler.

Cette issue de liquide persiste abondante pendant une dizaine de jours, puis diminue à mesure que le transit normal se rétablit.

Au 20^e jour cette fistule s'est fermée spontanément.

4 mois après : cure des éventrations.

OBS. XIII. — (Germaine Gir... — 7 ans 1/2).

11 août 1934. - Appendicite aiguë datant de 48 heures. — Température 38 ° 6, 120 de pouls. — Vomissements. — Contracture. — Mac Burney.

Il existe un petit abcès qui était en train de se constituer au niveau de la partie moyenne de l'appendice sphacélé. — Cæcum et appendice sont plaqués contre la paroi abdominale antérieure dont il faut le libérer. — Appendicectomie avec essai d'enfouissement, 2 mèches — 2 drains — 1 crin double.

Le 15 août 1934 — Occlusion caractérisée au 5^e jour d'une appendicite drainée. — Coliques. — Ondulations péristaltiques.

Laparotomie sus et légèrement sous ombilicale. — Anas-tomose de l'anse la plus dilatée qui file vers le foyer appendiculaire dans le colon transverse. — Bouton de Jaboulay. — Parois en 2 plans. — Muscles et péritoine aux crins.

Suites excellentes. — Les phénomènes occlusifs cèdent rapidement. — Gaz au bout de 48 heures. — Selle au 3^e jour.

Dans le foyer les mèches sont retirées progressivement et les plaies se ferment dans les délais normaux.

OBS. XIV. — (Enfant Bes... — 12 ans).

Souffre du ventre depuis plusieurs mois — on a constaté à plusieurs reprises un point douloureux au Mac Burney fort net pour lequel l'appendicectomie est décidée.

Opération : appendicectomie sans incident. — Enfouissement. — Paroi en 3 plans.

Les suites sont parfaites jusqu'au 9^e jour.

Dans la nuit, coliques — vomissements. — Vu le lendemain matin. — On prescrit diète hydrique — Sérum — Atropine — Sédation de quelques heures — puis reprise de coliques et de vomissements. — Le lendemain tableau clinique très net d'une occlusion du grêle, avec vomissements verdâtres, coliques intermittentes et ondulations péristaltiques très nettes.

Intervention dans la matinée. — Laparotomie moitié sus, moitié sous-ombilicale. — On se dirige vers le foyer opératoire — l'agent d'étranglement est une bride épiploïque fixée au cœcum au niveau de l'enfouissement. — Section de la bride. — Fermeture en 3 plans.

L'intervention fait cesser tous les accidents.

OBS. XV. — (Mar... Maurice — 14 ans).

Entre le 16 juin 1938 avec plastron appendiculaire. Le début remonte à 6 jours. Pas de vomissements, pas de constipation, douleur au Mac Burney.

A son entrée plastron, température 37 ° 8 — Pouls 100.

On attend 5 jours avec glace et opium.

Le 21 juin : diffusion, nausées, tout l'abdomen est douloureux. Contracture généralisée peu intense. température 37 ° 5. — Pouls 110.

Intervention : Incision iliaque droite avec section musculaire.

On aspire le pus qui ne provient pas uniquement du foyer appendiculaire, mais qui est diffusé dans toute la grande cavité.

Ablation pénible de l'appendice sectionné à sa partie distale. On trouve un calcul stercoral dans le foyer.

Incision sus-pubienne avec un Mikulicz — un drain 40 et 2 mèches. Dans la fosse iliaque droite un drain 2 mèches.

Du 21 au 25 juin : amélioration — température ne dépassant pas 37 ° 5 — pouls ne dépassant pas 90.

Le 25-6 — pansement ablation du drain.

Le 27-6 — Crise douloureuse avec vomissements — température 37 ° — pouls normal.

A jour frisant, une anse se dessine à gauche.

On décide l'entérostomie :

Entérostomie à la Witzel sur l'anse dilatée.

Amélioration immédiate. — Cessation des douleurs. — Température ne dépassant pas 38 ° 5. — Pouls à 100.

Une fistule cœcale se crée au douzième jour — la fistulation du grêle s'entretient. — Ablation de la sonde au 15^e jour.

Dans les deux mois la fistule du grêle se ferme, mais la fistule cœcale ne se comble pas et donne des reprises avec pertes abondantes de matières. — Atropine.

Au 4^e mois il persiste une fistulette cœcale dont on fait la cure en même temps que celle des deux éventrations.

OBS. XVI. — (M. Sal... — 71 ans).)

7 mai 1936. — Est amené à la clinique avec une contracture généralisée. — Souffre du ventre depuis 48 h.

Reprise de douleurs quelques heures auparavant, ré-

pendant sans doute à la perforation de l'appendice — température à 39° — bon pouls. — Maximum douloureux dans la fosse iliaque droite.

On intervient d'urgence sous rachianesthésie — Incision iliaque droite avec section des muscles — pus abondant. — Aspiration. — Appendice filant vers le petit bassin gangrené et perforé.

Un drain dans le Douglas. — Drain et mèches dans la fosse iliaque. — Fermeture partielle.

Le lendemain : amélioration considérable : température à 37 ° 5. — Pouls bien frappé, rapide. — L'abdomen est souple. — Le surlendemain : issue de quelques gaz. Tout va bien jusqu'au 5^e jour où apparaissent quelques coliques, état nauséeux, vomissements bilieux. — Le traitement habituel — sérum hypertonique — atropine — n'amène qu'une sédation passagère.

Bientôt les coliques reprennent, très violentes — accompagnées de vomissements, on perçoit très nettement les ondulations péristaltiques.

On décide de réintervenir : Sous anesthésie générale, Laparotomie 1/2 sus, 1/2 sous-ombilicale.

En soulevant la lèvre droite de l'incision on aperçoit des anses agglutinées dans la fosse iliaque droite. — Dans le reste du ventre les anses distendues sont libres. — On choisit une anse dilatée qui vienne sans traction et on l'anastomose dans le colon transverse.

Anastomose latéro-latérale au bouton de Jaboulay — Fermeture en un plan aux crins doubles.

Cette intervention amène la sédation des accidents : dès le lendemain issue de quelques gaz.

La guérison se poursuit sans nouvel incident.

14 novembre 1937. — Malade opéré il y a un an d'appendicectomie, réopéré pour occlusion post-opératoire

(iléo-transversostomie). Occlusion avec contracture datant de 48 heures. — Incision médiane sus et sous-ombilicale. — Volvulus sur bride d'une anse grêle — longue de 50 cm. complètement infarctie.

Section de la bride. — Entérectomie. — Fermeture des 2 bouts après écrasement — Anastomose latéro-latérale au fil de lin — Contre-incision latérale gauche pour entérostomie sur sonde de Nélaton, enfouie par point séparés au fil de lin et fixée au péritoine pariétal antérieur.

8-11-37 : Fermeture d'une fistule du grêle.

OBS. XVII. — (M. Vinc... — 50 ans — 13 avril 1939).

Anesthésie : Schleich.

Malade ayant eu une crise d'appendicite avec plastron il y a trois mois.

Laparotomie iliaque droite.

On voit juste la base de l'appendice à droite. — La partie moyenne a complètement disparu sous un magma qui file vers la ligne médiane devant le promontoire.

Après un essai de décollement on se rend compte que l'appendicectomie est impossible par cette voie.

On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Après refoulement des anses grêles, on se rend compte que l'appendice est plaqué contre le promontoire, recouvert par la dernière anse iléale et son méso.

On détache cette anse et on la relève mettant ainsi à nu le foyer appendiculaire.

On aperçoit d'un côté la base, de l'autre la pointe ; entre les deux le résidu d'un abcès chronique. — L'appendice est donc amputé. — On enlève ce qui en reste sans qu'il soit nécessaire de faire la moindre ligature.

Le foyer est tamponné par une mèche entourée d'une lame de caoutchouc.

Fermeture de l'incision médiane.

Fermeture de l'incision latérale.

Suites opératoires :

Dans les 4 à 5 jours suivants : amélioration très nette.

— A signaler un subictère avec urines foncées : extrait hépatique. Sérum physiologique salé puis sérum glucosé.

A partir du 7^e jour — ballonnements diffus, pas de vomissements — Petite poussée thermique à 38°5.
— Pas d'ondulations péristaltiques.

Sérum hypertonique salé.

Le lendemain : Sérum hypertonique salé — grand lavement hypertonique. — Esérine :

Emission de matières et de gaz.

Deux jours après nouveau ballonnement sans ondulations péristaltiques nettes. — Même traitement, même sédation.

Tout semble s'arranger pendant la semaine qui suit.

Cependant le malade conserve un peu de ballonnement, quelques coliques.

Quand le 1^{er} mai 1939 (soit 19 jours après l'appendicectomie), nouveau ballonnement. On reprend le même traitement.

Le lendemain même état — mais les ondulations péristaltiques apparaissent à gauche, accompagnées de vomissements et d'arrêt des matières et des gaz.

Le soir : entérostomie.

Anesthésie locale. — Entérostomie dans la fosse iliaque gauche sur une anse dilatée. — Technique de Witzel.

La sonde débite aussitôt après l'intervention.

Le lendemain : amélioration de l'état du malade, le ballonnement a presque complètement disparu, les vomissements ont cessé.

Sérum physiologique salé.

9 jours après l'entérostomie : très bon état général.

Le débit de la sonde commence à diminuer.

Le malade va à la selle tous les deux jours.

OBS. XVIII. — (M. Rign... — 62 ans).

17-1-37. — *Appendicectomy* — Appendice gangrené perforé, pus dans le ventre. — Appendicectomy. — Enfouissement. — Un drain dans le Douglas. — Drain et mèches dans la fosse iliaque. — Incision juste rétrécie par un point total à son extrémité supérieure.

Suites opératoires.

Bonnes pendant les 5 ou 6 premiers jours.

La température est voisine de la normale. Emission de gaz au 3^e jour.

Ablation du drain du Douglas au 4^e jour.

A partir du 7^e jour se déclarent des troubles du transit intestinal. Ils sont peu accentués : nausées, quelques coliques. Pas d'ondulations. Le traitement médical est institué : Atropine. Sérum salin hypertonique. Il y a chaque jour plusieurs périodes d'accalmie avec émission de quelques gaz, puis de nouveau des coliques intermittentes.

L'ablation des mèches du 8^e au 10^e jour semble tout d'abord améliorer la situation. Mais les coliques reprennent avec des alternatives de sédation qui malheureusement conduisent à temporiser.

Le 20^e jour : l'état général s'aggrave nettement. Pouls rapide. Altération du faciès. Ondulations visibles. On pratique sous anesthésie locale *une entérostomie* dans la fosse iliaque gauche.

La sonde donne immédiatement. Malheureusement l'intervention a été trop tardive, le pouls reste rapide, la langue sèche. Le malade succombe en 48 heures.

OBS. XIX — (Robert Lava... — 13 ans 1/2).

28 mars 1936 : appendicectomie.

Crise de 48 heures. Défense localisée. Température : 39°. Pouls : 120.

Opéré d'urgence. Abscès localisé. Gangrène appendiculaire.

Appendicectomie. Drains et mèches dans le foyer, couronne de compresses isolant le foyer.

Amélioration immédiate.

Le lendemain, bon faciès, le pouls se ralentit.

Le surlendemain, émission de gaz. Tout semble rentrer dans l'ordre quand :

1^{er} avril : laparotomie pour occlusion.

L'enfant se remet à souffrir. Coliques espacées à intervalles se rapprochant. Vu à 5 heures.

Sérum. Belladone. Atropine sous-cutanée : aucune amélioration.

Les douleurs persistent. Vomissements verdâtres. Anse grêle se dessinant nettement sous la peau.

Intervention.

Laparotomie demi sus demi sous-ombilicale. En soulevant laèvre droite, on aperçoit un magma d'anses agglutinées vers le foyer qui est respecté. On choisit une anse libre et dilatée. Anastomose iléo-transverse, latéro-latérale au bouton de Jaboulay. Amélioration rapide, issue de gaz au bout de 48 heures.

Suites normales. L'enfant quitte la clinique une vingtaine de jours après.

2 mars 1937.

L'enfant est ramené pour coliques et vomissements datant de 48 heures.

Faciès altéré. Pouls à 120. Grosses ondulations avec clapotage.

Laparotomie immédiate.

On trouve une anse très distendue et coincée dans la boucle formée par un des pieds de l'anse anastomosée antérieurement au transverse. Anse très distendue difficile à réduire. On n'y arrive qu'en détruisant l'anastomose.

La plaie latérale du grêle et du transverse sont réparées par suture transversale en 3 plans.

Le transit semble établi.

Paroi en 2 plans.

Suites : L'état ne s'améliore pas : les vomissements continuent. Pas de ballonnement mais pouls rapide. Faciès altéré.

On pense à une *dilatation gastrique post-opératoire* : lavages d'estomac. Décubitus latéral : pas de résultat. Les vomissements persistent.

Le 10 mars : réintervention.

On trouve tout le grêle libre, sauf la première anse iléale énorme, avec plaques de sphacèle, adhérente à la paroi abdominale postérieure. Libération. L'entérostomie ne peut être envisagée vu l'état du malade.

L'anse est extériorisée sur un lit de compresses.

Mort quelques heures après.

Conclusions.

1° L'anastomose iléo-transverse peut être elle-même facteur d'occlusion, pouvant devenir un agent d'étranglement.

2° Nécessité de vérification de tout l'intestin, même si on a levé un obstacle net, car il peut y en avoir d'autres.

Ceci ne s'appliquant qu'aux occlusions post-opératoires tardives.

OBS. XX. — (Alfred Cant., 15 ans — Anesth. Schleich).
5 octobre 1938.

Crise de 24 heures.

Contracture étendue de la paroi abdominale.

Incision de Walter. Appendice perforé à sa partie moyenne.

Fermeture partielle. Un drain. Deux mèches.

1^{er} novembre 1938.

Occlusion survenue au vingt-septième jour d'une appendicite aiguë. Elle se fait d'abord à bas bruit : coliques qui cèdent d'abord à un traitement antispasmodique.

Un jour, les phénomènes s'accroissent et il existe des ondulations péristaltiques nettes.

On intervient par voie médiane : incision demi sus demi sous-ombilicale. On trouve un intestin grêle très dilaté. Il existe une agglutination étendue d'anses et surtout deux brides importantes fixant deux anses grêles, une au mésentère iléo-cæcal, l'autre à la paroi. Ces brides ne peuvent être effondrées au doigt et doivent être sectionnées aux ciseaux.

L'opération est allongée par une hémorragie en nappe d'une surface de l'intestin dépéritonisé. Cela nécessite une péritonisation qui arrête l'hémorragie.

Paroi en deux plans, muscles et péritoine aux crins doubles.

Suites normales.

OBS. XXI. — (Désiré Fén..., 21 ans. — Hôpital militaire).
5 mai 1938.

Dans l'après-midi du 4 mai, quelques douleurs abdominales. Un vomissement.

A son arrivée à l'hôpital : température : 38°8. Pouls à 116. Vomissements. Hyperesthésie cutanée de toute la fosse iliaque droite. Ventre de bois avec maximum douloureux à droite.

Intervention d'urgence : anesthésie Schleich.

Dès l'incision du péritoine, on se trouve en présence de pus en abondance. Aspiration. L'appendice est court mais énorme, avec une large perforation vers sa base. Très adhérent au cœcum. On trouve avec difficulté un plan de clivage. Exérèse. Deux gros drains en caoutchouc et six mèches. 30 cm³ de sérum anticolibacillaire, plus 20 cm³ de sérum antigangréneux sur les mèches.

Jusqu'au quatrième jour : amélioration. La température tombe à 37°5. Pouls à 80. Sérum physiologique et sérum antigangréneux.

Au cinquième jour : Violentes coliques. Arrêt des gaz. Pas d'ondulations péristaltiques. Ballonnement. Sérum hypertonique I.V. Esérine. Reprise du transit.

Le sixième jour : Même crise, même traitement, même reprise.

Le septième jour : Le matin : même crise, mais vomissements et ondulations péristaltiques nettes. Le traitement ne donne pas d'amélioration. A 11 heures, on décide l'entérostomie pour l'après-midi.

Dans l'après-midi : émission de quelques gaz ; on temporise en revoyant le malade toutes les trois heures.

Le huitième jour : Amélioration par sérum hypertonique et ésérine.

Le neuvième jour : au matin : nouvelle crise. Le traitement ne donne rien. L'après-midi : le ballonnement s'accroît, mais pas d'ondulations péristaltiques nettes. On attend encore en revoyant le malade toutes les trois heures.

Le soir : le ballonnement est très accentué et l'entérostomie semble inévitable, mais les ondulations péristaltiques ne sont pas nettes.

Quand, à 9 heures du soir, une nouvelle piqûre d'ésérine amène l'émission de quelques gaz. Sérum hypertonique.

Le lendemain : débâcle gazeuse et selle liquide.

Dans les jours suivants, amélioration, mais au :

Quatorzième jour : au cours du pansement, issue de gaz et d'un peu de matières par la plaie.

24 *juin* 1938 : Une fistule stercorale s'est créée.

24 *septembre* 1938 : Résection du trajet fistuleux et cure chirurgicale de l'éventration sous anesthésie générale.

OBS. XXII — (M. Lep... — 26 ans).

Le 14 octobre 1935 : est amené pour une crise datant de 48 heures. Température : 38°5. Pouls à 100. Grosse contracture localisée.

On intervient immédiatement.

Laparotomie iliaque droite, section des muscles. Gros appendice gangrené, perforé avec un abcès limité. Appendicectomie. Drains et mèches dans le foyer. Fermeture partielle.

Amélioration dès le lendemain. Issue de gaz au bout de 48 heures. Selles au troisième jour.

Mais, à partir du huitième jour, l'amélioration ne continue plus : les gaz partent moins bien, la température qui avait baissé, remonte et oscille entre 38° et 39°.

Pas d'occlusion vraie. Jamais d'arrêt complet des gaz, mais état sub-occlusif avec nausées et fièvre.

Il apparaît, dans la région para-ombilicale gauche, une tuméfaction douloureuse.

On intervient le 27 *octobre* :

Laparotomie moitié sus moitié sous-ombilicale. La tuméfaction est constituée par un abcès dont le plancher est formé par le méso d'une anse intestinale et qui est recouvert par une autre anse. Protection. Aspiration de

l'abcès. Les surfaces sont détergées. Mèches entourant une lame de caoutchouc. Suites normales.

Le 16 septembre 1936 : Occlusion post-opératoire tardive :

Opéré l'an dernier d'appendicite grave avec drainage. Réopéré trois semaines après pour occlusion par abcès résiduel méso-coeliaque. Souffre depuis la veille. Coliques. Vomissements. Ondulations multiples.

Laparotomie médiane. Demi sus demi sous-ombilicale. Libération d'adhérences multiples pariéto-intestinales et d'agglutinations d'anses. On tombe sur une bride tendue de la paroi à une anse grêle et qui enserre l'intestin. Section et hémostase de la bride. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites normales.

OBS. XXIII — (André And... — 6 ans 1/2).

11 janvier 1934 : Crise de la veille. Température : 39°. Vomissements. Grosse contracture localisée à la fosse iliaque droite.

Intervention d'urgence : Mac Burney — qu'on est obligé de compléter par une section des muscles. Appendice gangrené, perforé.

Le méso très friable s'arrache. Hémostase très pénible. Drain et mèches dans la fosse iliaque. L'incision est tout juste rétrécie par deux points totaux à ses deux extrémités.

Dans les jours qui suivent : sédation des accidents, la température baisse pour revenir à la normale au troisième jour. Emission de gaz. Les drains et mèches sont enlevés progressivement. La dernière mèche est enlevée au dixième jour.

L'enfant est lavementé et va à la selle normalement.

Il commence à souffrir vers le douzième jour, en même temps que sa température s'élève à 39°. Coliques, ballonnement, les gaz partent difficilement.

Vers le quinzième jour, apparaît un empâtement de la région hypogastrique. La température oscille franchement : 38°6 le matin, 40° le soir. Toucher rectal négatif.

Il s'agit d'un abcès résiduel rétrovésical avec sub-occlusion. On temporise jusqu'au vingtième jour.

A ce moment, l'abcès paraît bien collecté. Il y a du ballonnement, les gaz ne partent pas.

Incision hypogastrique. Pus fétide. Drains et mèches.

L'incision n'amène pas une sédation franche des phénomènes occlusifs, mais néanmoins il part quelques gaz, les vomissements cessent et petit à petit, le transit intestinal se rétablit normalement.

OBS. XXIV — (Emile Cap... — 8 ans).

Entré le 7 novembre pour appendicite aiguë pouvant dater de trois jours.

Opéré immédiatement. Appendice gangrené avec un point perforé. Un peu de liquide dans le ventre. Drainage.

Suites un peu inquiétantes : état septicémique avec faciès péritonéal.

Douze jours après : occlusion basse avec tout le cadre colique dilaté. Température : 39°, oscillante, 40° le soir. Pouls de 100 à 120.

Au T. R. on sent un gros empâtement péri-rectal, assez dur, mais pas d'abcès collecté qu'on puisse ouvrir par le rectum.

Dans ces conditions, on décide de faire un anus iliaque :

Laparotomie gauche, sigmoïde dilaté. Anus latéral : ouverture du sigmoïde à la peau.

Amélioration rapide.

Dans les deux mois qui suivent, la fistule sigmoïdienne se comble mais ne se ferme pas complètement.

Le 13 juin 1938 : cure d'éventration bilatérale.

Il existe au niveau de l'ancienne fistulation sigmoïdienne un trajet — on libère. Exérèse de la fistule, suture en deux plans.

Cette observation rentrerait dans le cadre des occlusions par abcès résiduel, mais abcès non collecté, et s'étant résorbé spontanément.

Obs. XXV — (M. Baud., — 28 ans — 10 novembre 1934).

Souffre depuis trois jours. Reprise des douleurs dans la nuit du 9 au 10. M'est amené à 4 heures du matin. Contracture intense de la fosse iliaque droite, la fosse iliaque gauche est souple. Mauvais faciès. Pouls à 120.

Intervention : Section des muscles. Issue de pus. Gros abcès péri-appendiculaire. Appendice gangrené, perforé. La dernière anse iléale sur 15 cm. est épaissie, adhérente dans la fosse iliaque, semble rétrécie. Aucune fermeture. Drains et mèches dans la fosse iliaque. Un drain dans le Douglas.

On fait une entérostomie sur la dernière anse iléale en amont de la partie malade. Mise en place d'une sonde de Pezzer. Cette anse est fixée à l'angle supérieur de l'incision.

La fistulisation porte à 10 cm. environ de l'angle iléo-cœcal.

3 mars 1935.

Tout le contenu intestinal passait par la fistulisation. On se proposait de faire la cure de la fistule quand le 3 mars le malade est pris de coliques. Cessation de tout écoulement par la fistule. On essaye de cathétériser

celle-ci avec une sonde molle qui n'évacue ni gaz ni matières.

Laparotomie médiane. Résection d'un énorme paquet épiploïque pour libérer le transverse. Anastomose iléo-transverse portant sur la dernière anse grêle libre. Au delà de cette anse, le grêle s'enfonce dans un magma d'adhérences épiploïques vers la région cœcale. Fermeture en trois plans. Crins perdus sur l'aponévrose.

Suites simples. Le transit intestinal se rétablit rapidement par l'anus, la fistule iléale ne donnant rien.

Cette fistule ne se remet à fonctionner qu'une quinzaine de jours plus tard, sans doute quand l'agglutination d'anses dans la fosse iliaque droite se libère.

14 mai 1934.

Cure de la fistule iléale.

Cure intra-péritonéale. Libération. Fermeture de l'iléon sur quatre plans. Fermeture en un plan des muscles et du péritoine aux crins perdus. La peau est laissée entr'ouverte et tamponnée à la gaze iodoformée.

Fermeture de la peau quelques jours après, sur un gros drain sortant à chaque extrémité.

OBS. XXVI — (M. Léo... — 47 ans — 29 décembre 1935).

Occlusion tardive.

Opéré il y a un an pour péritonite appendiculaire à forme occlusion. A eu une fistulisation cœcale. Est porteur d'une cicatrice iliaque droite et d'une cicatrice moitié sus moitié sous-ombilicale. Est pris à 5 heures du matin d'une douleur intense. Coliques à répétitions. Vomissements. Ventre ballonné avec une *tuméfaction qui se dessine par moments dans la région para-médiane droite*.

Laparotomie demi sus, demi sous-ombilicale. Libération de nombreuses adhérences d'anses à la paroi.

On trouve une anse violacée, enserrée par une bride très serrée. Section-libération d'agglutinations étendues soudant entre elles les anses grêles.

Résection de tout le tablier épiploïque qui adhère à des anses grêles. Paroi en trois plans, crins perdus dans l'aponévrose.

Suites normales. Sort au vingtième jour.

OBS. XXVII — (Mme Les..., 21 ans — 15 décembre 1934)

Opérée il y a deux mois à Paris, pour appendicite aiguë.

Souffre depuis cinq jours. Douleurs et vomissements. Arrêt des gaz. Sédation de 48 heures. Puis les douleurs reprennent. Quelques gaz, mais une anse grêle se dessine nettement sous la paroi.

Laparotomie demi sus demi sous-ombilicale. Grêle très distendu.

Occlusion complète. Grosses brides épiploïques fixées à la région cœcale. Libération. Le transit ne semble pas complètement rétabli.

Une exploration plus complète montre une autre bride allant de la partie gauche du grand épiploon à la racine du mésentère. Section de la bride. Résection de tout le grand épiploon qui est violacé et enflammé. Paroi en deux plans. Muscle et péritoine aux crins perdus.

Suites très simples.

Quitte la clinique au quinzième jour.

OBS. XXVIII — (Yvan Chik... — 42 ans).

Entré le 3 mars pour douleurs abdominales violentes remontant à 24 heures. A été opéré d'appendicite il y a deux ans.

Température : 37°6. Pouls à 130.

Une anse se dessine très nettement dans la fosse iliaque droite.

Médiane sous-ombilicale. On tombe sur une occlusion par bride enserrant les 30 cm. de grêle à partir de l'angle iléo-cœcal. Libération : l'anse est sphacélique avec points feuille morte. Sérum chaud, l'anse ne se revitalise pas : on est obligé de faire la résection de cette anse.

Fermeture des deux bouts. Anastomose latéro-latérale.

Fermeture partielle. Drainage.

Dans les deux jours qui suivent, amélioration de l'état général.

Reprise du péristaltisme intestinal. Puis, au quatrième jour, aggravation brusque, faciès péritonéal, pouls filant.

Sérum salé physiologique et hypertonique Ouabaïne.

Au cinquième jour : délire. Cyanose des genoux : le malade semble perdu, mais le soir, amélioration nette, reprend connaissance.

Néanmoins, décès au sixième jour en pleine connaissance.

Autopsie :

L'abouchement latéro-latéral a tenu, l'anastomose a fonctionné, mais pour faire l'anastomose, il a fallu prendre 4 à 5 cm. de grêle à partir de l'angle iléo-cœcal, à l'endroit où la bride avait serré : — c'est cette partie qui s'est gangrenée et perforée en plusieurs points.

OBS. XXIX — (M. D... — 60 ans. — 19 janvier 1934).

Occlusion tardive d'origine appendiculaire, l'appendicite causale ayant passé inaperçue

Le malade est amené au quatrième jour d'une occlusion avec vomissements. Ondulations péristaltiques. Pas

de distension colique. Aucun antécédent pouvant permettre un diagnostic étiologique.

Laparotomie médiane demi sus demi sous-ombilicale.

On trouve dans la fosse iliaque droite une bride, reliquat d'un ancien foyer appendiculaire qui enserre une anse grêle : celle-ci est complètement noire avec un sillon d'étranglement grisâtre. On est obligé de pratiquer une résection avec anastomose latéro-latérale.

Pendant deux jours, état satisfaisant, quand la mort survient en quelques heures, avec ballonnement, vomissements, accélération du pouls.

Il s'agit vraisemblablement d'une péritonite suraiguë par lâchage de sutures.

TRAITEMENT DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES PRECOCES D'ORIGINE APPENDICULAIRE

1° Les iléus paralytiques

Nous avons insisté sur la gravité de ces symptômes occlusifs précoces que nous considérons non pas comme des occlusions vraies, mais comme une traduction de la péritonite continuant à évoluer malgré l'intervention.

Le traitement chirurgical de ces formes nous semble peu efficace.

Dans les observations d'occlusions de cet ordre, heureusement moins fréquentes que celles se rapportant à des occlusions vraies, l'évolution a presque toujours été fatale.

Hydrater largement le malade par du sérum sous-cutané ou intraveineux, lutter contre les *phénomènes toxiques par le sérum salé-hypertonique*, soutenir le cœur, tâcher de réveiller le péristaltisme intestinal par l'hypophyse ou l'ésérine, pratiquer des lavages d'estomac nous semble la seule thérapeutique utile. Tout au plus peut-on dans quelques rares cas, voir après une longue période de paralysie, la

contractilité intestinale se réveiller. Nous en publions une observation (n° I). Dans ce cas justement aucune intervention n'a été tentée car les opérations chirurgicales sont inopérantes. Pour ne pas encourir le reproche de n'avoir pas tout tenté pour sauver le malade, on peut pratiquer une entérostomie, mais on sait à l'avance qu'elles ne donnera aucun résultat : la sonde placée dans l'intestin ne fonctionne pas, car l'intestin ne se contracte pas.

2° Les occlusions vraies

Il faut opposer aux cas que nous venons d'étudier les magnifiques résultats que l'on obtient dans les occlusions vraies, occlusions par obstacle qui sont caractérisées, nous insistons sur ce fait, par une *période d'amélioration* plus ou moins longue après l'intervention, quand apparaissent les phénomènes occlusifs caractérisés par des vomissements, des coliques intermittentes avec ondulations péristaltiques.

Dans ces cas il n'existe aucun doute : il faut intervenir et on obtiendra, dans la plupart des cas, un excellent résultat à condition de ne pas temporiser.

Evidemment, il ne faut pas pousser ce dogme à l'excès : quand un opéré d'appendicite grave présente des vomissements, quelques coliques, on ne commence pas par le ramener à la salle d'opérations. Les cas sont nombreux où ces gênes temporaires à

l'évacuation des gaz s'améliorent par des antispasmodiques (Soldat Fen..., Obs. XXI). Souvent d'ailleurs, après plusieurs périodes d'amélioration et d'aggravation, l'occlusion se confirme et, dans ce cas, la temporisation n'est plus de mise.

Il faut intervenir sans attendre l'apparition de phénomènes généraux graves. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit d'occlusions du grêle dans lesquelles les phénomènes toxiques sont d'autant plus précoces que le siège de l'obstacle est plus haut situé sur l'intestin. Les deux échecs que nous publions montrent bien l'inconvénient d'une temporisation trop prolongée.

Quelle intervention doit-on pratiquer ?

Trois manières de faire peuvent être envisagées :

- 1° Intervention sur le foyer pour lever l'obstacle ;
- 2° Dérivation interne ;
- 3° Iléostomie.

I. — INTERVENTION DIRECTE SUR LE FOYER.

Nous croyons que dans la majorité des cas, cette manière de faire est à rejeter et cela d'autant plus que l'occlusion apparaît à une date plus rapprochée de l'appendicectomie initiale.

En effet, il est illogique de rompre le barrage qu'on a créé par le drain et les mèches dans le but de limiter l'extension de la péritonite et il est à craindre qu'une intervention intempestive n'ait pas d'autre résultat que de diffuser une infection qu'on s'est efforcé de limiter et de cloisonner.

Le gros argument en faveur d'une intervention directe sur le foyer serait l'existence de brides serrées déterminant des strictures serrées de l'intestin capables d'en compromettre la vitalité, mais dans la pratique, ce qui existe ce sont des agglutinations lâches, des coudures intestinales au milieu de ce foyer d'agglutinations.

Dans ces conditions, il nous paraît logique et sage de ne pas intervenir sur le foyer, ni par réintervention dans la fosse iliaque, ni par laparotomie médiane.

Il nous reste donc à envisager les deux autres interventions possibles : *la dérivation interne et l'iléostomie.*

II. — LA DÉRIVATION INTERNE.

Certes cette dernière peut donner de très beaux succès, elle consistera le plus souvent à une anastomose iléo-transverse.

On pratique une courte laparotomie moitié sus, moitié sous-ombilicale. En soulevant énergiquement la lèvre droite de l'incision, il est en général possible d'apercevoir dans la région cœcale un foyer d'agglutination.

On choisit parmi les anses distendues qui se présentent à la paroi, une anse libre qui vienne facilement au colon transverse. L'anastomose latéro-latérale sera pratiquée soit à l'aiguille, soit au bouton de Jaboulây, très recommandable dans ces cas puisqu'il permet une anastomose rapide. On ferme sans drainage.

Nous avons plusieurs observations qui démontrent la réelle efficacité de cette manière de faire, mais malgré tout elle est passible d'un certain nombre de reproches dont le plus important est la nécessité d'intervenir sous anesthésie générale chez un malade déjà souvent fatigué et qui a subi très récemment une première narcose.

Et ensuite, pratiquer une anastomose sur un intestin distendu, hyperhémie, est une condition très défavorable à l'étanchéité des sutures.

Par ailleurs, le court-circuit ainsi déterminé, quand l'obstacle a disparu, crée une circulation intestinale antiphysiologique qui pourrait ne pas être sans inconvénients si l'anse grêle anastomosée est trop près de l'angle duodéno-jéjunal. Or il n'est guère possible dans ces interventions de choisir l'anse à anastomoser.

Nous ferons une dernière critique : c'est l'amorce créée par l'anastomose iléo-transverse pour une nouvelle occlusion. Nous avons une observation typique d'occlusion tardive par une anse grêle engagée entre le transverse et l'anse grêle qui lui était anastomosée.

Pour toutes ces raisons, malgré plusieurs beaux succès, que nous rapportons, obtenus par la dérivation interne, nous croyons qu'on peut guérir le malade à moins de frais et nous préconisons l'*entérostomie*, comme la méthode de choix dans les occlusions post-opératoires précoces d'origine appendiculaire.

Celle-ci a l'avantage d'entraîner le minimum de

choc car elle peut et doit se pratiquer *sous anesthésie locale* et elle entraîne l'élimination immédiate de produits toxiques car en général la sonde fonctionne immédiatement.

Technique de l'entérostomie

1° LIEU DE L'ENTÉROSTOMIE. — Dans le cas qui nous occupe, le processus d'agglutination occupant la fosse iliaque droite, cette région demeure la zone défendue, puisque nous posons en principe *qu'on ne doit pas intervenir* dans le foyer.

Théoriquement elle peut donc se faire en un point quelconque de l'abdomen autre que la fosse iliaque droite, mais l'étagé sus-ombilical étant défavorable à cause du colon transverse, la ligne médiane étant d'autre part contre-indiquée à cause du voisinage de la plaie opératoire, le plus souvent suppurante au moment où on est amené à intervenir, il s'ensuit que la *fosse iliaque gauche* demeure le lieu d'élection pour l'entérostomie dans les occlusions post-opératoires précoces d'origine appendiculaire.

D'ailleurs la percussion, souvent une voussure et des ondulations péristaltiques perceptibles font deviner l'existence d'anses distendues sous-jacentes.

Quant à la technique proprement dite de l'entérostomie, de nombreux procédés ont été décrits, le plus ancien est :

La technique de Nélaton : abouchement direct d'un orifice intestinal à la paroi.

Technique de Delore : dérivée du procédé de gastrostomie de Fontan.

NOUS PRÉCONISONS LE PROCÉDÉ DE WITZEL dont la caractéristique essentielle est la *tunellisation* de la sonde dans un trajet formé par les tuniques intestinales ramenées par-dessus cette sonde de telle manière *que l'orifice cutané soit à distance de l'orifice intestinal*.

Ce procédé a l'avantage d'assurer une continence parfaite. Aussi peut-on, quand les symptômes d'occlusion sont tombés, obturer temporairement la sonde pour éviter les accidents de déshydratation causés par une issue trop abondante de liquide.

D'autre part, le trajet en chicane obtenu par ce procédé est très favorable à l'obturation spontanée de la fistule qui se fait très rapidement, souvent en 48 heures après l'ablation de la sonde.

Le manuel opératoire que nous préconisons est le suivant :

Anesthésie locale qui nous semble devoir être la règle dans cette intervention. Incision de la fosse iliaque gauche symétrique d'une incision d'appendicectomie. Le grand oblique est incisé et les muscles petit oblique et transverse sont divisés dans toute l'étendue de l'incision, car la dissociation musculaire est essentiellement défavorable à la bonne fixation de l'anse.

Le péritoine est ouvert et l'on aura soin que l'incision péritonéale reste à environ 1 cm de l'extrémité

de l'incision musculaire, surtout à la partie inférieure par où doit sortir la sonde.

A ce moment, souvent une anse intestinale distendue fait hernie dans la plaie. C'est évidemment celle-là qu'il faut choisir. Dans le cas contraire, en écartant doucement les bords de la plaie, on attire avec une pince en cœur, *une anse distendue qui vienne sans traction* car elle doit être extériorisée de 15 centimètres au moins, afin *d'opérer hors du ventre*.

Cette anse est disposée dans l'axe de la plaie et elle sera soigneusement clampée à ses deux extrémités, après avoir exprimé au maximum tout le contenu intestinal de cette anse.

A ce moment on se prépare à pratiquer l'entérostomie proprement dite, mais nous insisterons tout particulièrement sur l'importance capitale qu'il y a à *opérer sur un lit de compresses* afin de protéger de façon absolue la plaie opératoire contre une issue de liquide intestinal.

Ceci est de toute première importance si l'on veut obtenir une évolution aseptique de la plaie et garder tout le bénéfice de la tunellisation, car la désunion de la plaie entraîne forcément dans les jours qui suivent la désunion de la tunellisation.

L'orifice intestinal se trouve déboucher directement à la peau, d'où incontinence et plus tard fistule du grêle, redoutable par ses inconvénients et par les phénomènes de cachexie qu'elle peut entraîner. Ceux-ci sont d'autant plus redoutables que nous

sommes dans l'impossibilité, dans ces entérostomies, de choisir le niveau de la fistulation du grêle qui peut se trouver relativement près du duodénum.

Une fois bien protégé on fera au *catgut fin* une suture en bourse qui, sur l'anse intestinale dirigée dans l'axe de l'incision sera placée un peu au-dessus du milieu de cette anse.

Au niveau de cette bourse, sur l'intestin tendu par trois pinces de Chaput, on fera au bistouri ou mieux au thermocautère une moucheture juste suffisante pour laisser passer à frottement une *sonde de Nélaton* n° 18. La progression de la sonde est vite arrêtée par le clan supérieur.

On serre modérément la bourse. On desserre le clan supérieur et on fait progresser la sonde d'une longueur équivalente à sa moitié au moins vers l'extrémité supérieure de l'anse. Alors on pourra serrer davantage et nouer son point en bourse.

On fait à ce moment-là *la tunellisation de la sonde* par une série de points séparés au *catgut fin*. Cette tunellisation devra commencer 2 cm. environ au-dessus du point de pénétration de la sonde dans l'incision et progresser vers l'extrémité inférieure de l'anse, sur une étendue de 10 cm.

La tunellisation devra être au moins aussi longue que l'incision péritonéale, car il importe, pour éviter une brusque coudure de l'anse, que celle-ci soit fixée à toute l'étendue de l'incision péritonéale.

Cette fixation de l'ansé tunellisée au péritoine

devra se faire *au catgut fin* pour éviter l'adhérence définitive de l'anse à la paroi.

L'orifice de sortie de la tunellisation sera fixée de façon particulièrement soignée par trois ou quatre points à l'angle inférieur de l'incision péritonéale. Un point musculo-aponévrotique sera placé au-dessous de l'orifice de sortie de la sonde et les autres fermeront la brèche au-dessus de la sonde, de telle sorte que la peau suturée, la sonde se trouvera sortir à l'extrémité inférieure de l'incision.

Nous insisterons en terminant sur la nécessité de serrer modérément la sonde par un point de crin ou de fil de lin prenant la peau de manière à assurer sa fixité, car l'arrachement de cette sonde par un mouvement intempestif du malade peut compromettre gravement le succès de l'entérostomie.

En général cette entérostomie fonctionnera immédiatement et il est bon de laisser s'écouler une certaine quantité de liquide. Il arrive souvent que le malade amené à la salle d'opérations avec des coliques, des nausées et des vomissements est ramené souriant dans son lit.

Dans les heures qui suivent il nous semble préférable d'établir un écoulement intermittent de la sonde. Nous conseillons d'autre part, six heures après l'intervention, d'injecter toutes les trois heures, 5 à 10 cm³ de sérum salé hypertonique par la sonde.

SUITES OPÉRATOIRES. — Les suites opératoires, comme il ressort des nombreuses observations que nous publions, sont en général d'une extrême sim-

plicité. Le malade peut présenter de temps en temps quelques coliques, quelques nausées qui cèdent en général à l'injection d'un peu de liquide salin dans la sonde partiellement oblitérée.

Dans quelques cas néanmoins, on peut voir après l'entérostomie de nouveaux accidents occlusifs se produire. Il est difficile de déterminer s'ils sont dus à une coudure au niveau de l'anse fistulée ou à *une extension du processus d'agglutination à une anse sus-jacente*.

Dans un cas (Obs. XI), une nouvelle entérostomie fut pratiquée sur une anse sus-jacente, mais pratiquée trop tardivement, le malade a succombé à des phénomènes toxiques, quoique la nouvelle entérostomie donnât très bien. Dans deux autres cas où ces phénomènes occlusifs étaient aigus, on a employé avec succès le *tubage duodénal, continu*. On fit avaler au malade une sonde duodénale et celle-ci fut laissée en place plusieurs jours avec aspiration intermittente du liquide jusqu'à la cessation des phénomènes occlusifs.

Une question qui se pose *est la durée* qu'on doit donner à cette entérostomie. Elle est variable. Le cours des matières se rétablit plus ou moins précocement du huitième au quinzième jour, après l'entérostomie. A partir de ce moment, la sonde donne de moins en moins.

Nous croyons sage néanmoins de laisser la sonde en place vingt-cinq à trente jours. Dans les cas favorables, le retrait de la sonde s'accompagne très

rapidement de la fermeture de la fistule que nous avons toujours vu se produire dans un délai de deux à huit jours.

Complications

Mais il nous faut compter néanmoins avec des ennuis possibles. Une évolution ennuyeuse à laquelle nous avons déjà fait allusion, *c'est la désunion de la suture.*

Dans ces cas, l'orifice intestinal très rapidement incontinent arrive à se border à la peau donnant lieu à une *fistule rebelle*, avec tous les ennuis de la fistule du grêle : rougeur et ulcération de la peau, dénutrition plus ou moins marquée.

Nous croyons, d'accord avec Daniel Férey, de Saint-Malo, que quand les accidents cutanés et la dénutrition sont très marqués, il ne faut pas hésiter à réintervenir pour pratiquer, malgré le mauvais état de la peau, une fermeture intra-péritonéale de la fistule. Nous l'avons vu pratiquer plusieurs fois avec succès.

Nous avons exposé les différents modes de traitement des occlusions post-opératoires de l'appendicite :

1° Laparotomie médiane suivie d'intervention directe sur le foyer ;

2° Court-circuit par anastomose iléo-transverse ou iléo-sigmoïdienne ;

3° Entérostomie.

Nous n'hésitons pas à déclarer notre *préférence pour l'entérostomie* qui nous semble être le procédé de choix. Cependant nous ne voulons pas être absolus et nous considérons que le choix de la méthode à employer est fonction de la date à laquelle surviennent les phénomènes occlusifs après l'entérostomie.

Plus l'occlusion est précoce, plus il y a lieu de penser qu'elle est en rapport avec un processus d'agglutination, d'ailleurs lui-même favorisé par le drainage et le méchage qui demeurent, malgré le service qu'ils rendent, une arme à double tranchant.

Il nous semble évident, à un moment où les drains et les mèches sont encore en place, où la barrière qui limite l'extension de l'infection est des plus fragiles, que l'intervention directe dans le foyer, la libération des adhérences ne peuvent être que des manœuvres nuisibles.

Dans ces cas, l'intervention à distance doit être la règle. On a le choix entre la *dérivation interne* et *l'iléostomie*.

On peut évidemment (trois observations en font foi) obtenir de beaux succès par le court-circuit, mais nous demeurons certains qu'une intervention aussi efficace et moins grave est l'iléostomie, qui peut toujours être pratiquée sous anesthésie locale et qui a aussi l'avantage de n'apporter aucune modification à la physiologie du transit intestinal, puisque l'anse fixée à la paroi (*quand cette fixation a été faite au catgut fin*) se libère progressivement ainsi que l'ont montré de nombreuses réinterventions.

Pour toutes ces raisons, l'iléostomie nous semble être l'opération de choix.

Au contraire, quand l'occlusion survient tardivement (trois semaines, un mois, quarante jours) après l'appendicectomie drainée, à une période où les drains et les mèches sont depuis longtemps enlevés, où la température est revenue à la normale, où la plaie opératoire est souvent complètement cicatrisée, où le malade qui s'est réalimenté a repris des forces, nous croyons que dans ces cas il vaut mieux intervenir par laparotomie médiane et libération du foyer.

Et cela d'autant plus qu'à cette période, des agglutinations ont pu s'organiser, aboutir à la formation de véritables brides, pouvant déterminer une occlusion par vive arête, en une striction sur une anse volvulée, par conséquent dangereuse pour les tuniques intestinales.

A plus forte raison *quand cette occlusion survient à la suite d'une appendicectomie à froid*, comme le cas peut se produire (Obs. XIV), l'intervention directe sur le foyer semble devoir être la méthode de choix.

Il nous reste à dire un mot sur les occlusions par abcès résiduels.

Abcès résiduels

Ces abcès, pour certains auteurs (*Bulletin de la Société de Chirurgie*), auraient une part prépondérante dans la pathogénie des occlusions post-opératoires. Nous n'avons pas cette impression.

Sur le nombre d'occlusions que nous avons relevées et qui toutes font partie, comme nous l'avons dit, de la statistique intégrale d'un seul chirurgien, nous n'en relevons que trois sur trente observations, soit pour une proportion de dix pour cent.

Il est évident que si l'on admet que le facteur inflammatoire est la cause des agglutinations et des brides post-opératoires, on peut élargir ce cadre. Mais nous n'envisageons sous ce nom que les cas où il y a un abcès collecté en un point quelconque de l'abdomen.

Ce qui caractérise ces occlusions par abcès résiduel, c'est que les phénomènes occlusifs n'ont pas le caractère net, franc et aigu des occlusions que nous avons envisagées plus haut.

Il s'agit plutôt de phénomènes sub-occlusifs, les vomissements y sont rares, l'arrêt des gaz n'est jamais complet et durable.

Un autre caractère différentiel important, c'est que ce sont des *occlusions fébriles*.

Avant ou en même temps que les phénomènes occlusifs, la température s'élève, prend souvent un caractère oscillant qui fait penser à la possibilité d'un abcès qu'un examen soigneux de l'abdomen et du petit bassin va permettre de localiser.

Ces abcès résiduels peuvent en effet siéger en un point quelconque de l'abdomen, mais les plus fréquents, les plus typiques sont les abcès du Douglas.

Aux symptômes que nous avons énumérés plus

haut s'ajoute la *rectite glaireuse* dont la valeur diagnostique est capitale.

En d'autres cas c'est dans la fosse iliaque gauche, dans la région sous-hépatique, souvent même en plein ventre (Obs. Lep...) que se collecte l'abcès.

Le traitement de ces occlusions par abcès résiduels est très spécial. Nous dirons tout d'abord que le caractère discret des phénomènes occlusifs donne une certaine marge pour la décision opératoire et que dans cette variété d'occlusion, il y a avantage à être très temporisateur.

Dans l'abcès du Douglas, la guérison sans intervention peut être escomptée car elle se fait souvent par ouverture spontanée de l'abcès dans le rectum, une débâcle de pus fétide met fin aux accidents.

Dans les abcès abdominaux, il y a intérêt à attendre que le pus soit bien collecté et à ce moment, une incision appropriée doit donner une issue au pus et permettre de drainer la cavité.

Dans les cas que nous avons observés (Obs. Lep..., Obs. And...), cette simple intervention a suffi à lever les accidents occlusifs. Mais il est permis d'envisager le cas où, malgré l'évacuation du pus les phénomènes occlusifs persistent et même se complètent : dans ce cas nous croyons qu'il faudrait s'abstenir formellement de pratiquer de nouvelles manœuvres dans le foyer et qu'il convient de pratiquer en un autre point de l'abdomen, sur une anse dilatée, une entérostomie de décharge.

Enfin il nous reste à signaler le cas où la coulée

inflammatoire pelvienne n'aboutit pas à la formation d'un abcès proprement dit, mais donne lieu à une masse d'infiltration inflammatoire enserrant le rectum.

Ces formes s'apparentent aux rétrécissements péri-coliques pelviens d'origine génitale. Nous en avons observé un cas typique (Obs. Cap...). Il existait, avec des phénomènes occlusifs très marqués, un véritable bloc pelvien décelable par le toucher rectal. Une incision de la fosse iliaque gauche montra un sigmoïde dilaté au maximum et c'est un anus iliaque gauche qui mit fin aux accidents occlusifs.

En résumé, les occlusions post-opératoires de l'appendicite, quoique non exceptionnelles dans les appendicites non drainées, sont autant l'apanage des appendicites graves avec péritonite localisée ou généralisée et il nous apparaît évident que le drainage pourtant indispensable dans ces cas, est un facteur étiologique capital.

Parmi ces occlusions, les unes très précoces s'intriquant avec les symptômes de l'appendicite initiale, méritent à peine le nom d'occlusions : elles sont la traduction de la péritonite progressive et dans ces cas, l'abstention doit en être la règle.

Dans les occlusions vraies nous insistons sur l'existence d'une sédation, d'un véritable intervalle libre entre l'appendicectomie initiale et l'apparition des accidents.

Ces occlusions reconnaissent pour cause des agglutinations d'anses des bridés siégeant au niveau du foyer opératoire.

Enfin les occlusions par abcès résiduels.

Le traitement de ces différents types est variable et c'est le résumé des différentes manœuvres opératoires qui va nous servir de conclusions.

CONCLUSIONS

1° *Iléus paralytique* : Le traitement médical est seul de mise. Le traitement chirurgical est inopérant.

2° *Iléus par agglutination* : Représentant les quatre cinquièmes des cas.

Trois manières de faire peuvent être envisagées :

- a) l'intervention directe sur le foyer.
- b) la dérivation interne.
- c) l'iléostomie.

Ces deux dernières sont les seules à envisager quand on est obligé d'intervenir à une période rapprochée de l'appendicectomie initiale, car il est d'un intérêt capital de ne pas détruire les barrages existants.

La dérivation interne peut donner de très beaux résultats, mais outre qu'elle a l'inconvénient de nécessiter une anesthésie générale on peut lui reprocher à juste titre de créer un trouble définitif dans la physiologie du transit intestinal.

C'est pourquoi nous la rejetons formellement pour donner la préférence à *l'iléostomie*, méthode simple, d'une efficacité à peu près certaine, quand l'indication est bien posée.

Nous réservons l'intervention directe sur le foyer

pour les cas où l'occlusion apparaît tardivement, au moins un mois après l'appendicectomie. Dans ce cas, le danger de détruire un barrage protecteur est moins à craindre.

D'autre part, l'agent d'étranglement au lieu d'être des agglutinations molles, peut être une bride organisée, agent d'étranglement dangereux pour les tuniques intestinales et qu'il y a un intérêt à libérer.

Enfin, dans les occlusions par abcès résiduels, il faut être très temporisateur. Si on a la main forcée, ne pas hésiter à évacuer l'abcès par une incision appropriée. Ce n'est que si cette évacuation s'avérait inopérante, qu'il faudrait envisager de pratiquer une iléostomie.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
Pierre DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBÉ. — Appendicitis complicated with intestinal obstruction (*Ann. Surg.*, Philadelphie, 1894, p. 667).
- ANGUS. — A case of intestinal obstruction due to appendicitis (*Northumberl. and Durham Med. Journ.* (New-Castle upon Tyne), 1914, p. 48).
- ARNE. — Occlusion intestinale au cours de l'appendicite (*Thèse de Bordeaux*, 1908).
- AUTEFAGE. — Occlusion intestinale après ablation de l'appendice : cœlotomie médiane, anastomose iléo-colique ; guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, n° 33, 17 décembre 1927).
- AURRAY. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1924, I, p. 402-404).
- BARRET (M.). — Occlusion intestinale post-appendiculaire tardive. Laparotomie médiane. Iléo-transversostomie. Guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie*, n° 26, 29 octobre 1932).
- BAYMA. — Obstruccoes intestinaes de origen appendicular (*Annaes Paulistaes de Medicina e Cirurgia*, Janeiro de 1928, p. 1).
- BÉRARD et COTTE. — Occlusion intestinale et septicémie d'origine appendiculaire (*Lyon Médical*, 1913, p. 109).
- BOUCLE. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Gazette des Hôpitaux*, 1900).

- BRACHETTO-BRIAN (D.) et PINEIRO-SERONDO (J.). — Estrangulamiento tardio de ileon por brida consecutiva a appendicitis aguda operada (*Semana Med.*, 2, 1888-1890, 25 déc. 1930).
- BROCA. — Occlusion intestinale consécutive à l'appendicite (*Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1901, 48^e année, n° 38, 12 mai, p. 445).
- CABANAC. — Trois cas d'occlusion intestinale aiguë après appendicectomie suivie de drainage à la Mikulicz. Guérison après opération (Séance du 11 déc. 1936, *Arch. Soc. des Sciences Méd. et Biol.*, février 1937).
- CAHEN. — Occlusion intestinale après appendicectomie à chaud (*Soc. Belge de Chir.*, séance du 29 mars 1930).
- CAIRE. — Occlusion intestinale après intervention pour appendicite aiguë (*Soc. de Chirurgie de Marseille*, 4 mai 1931).
- CARAYON (M.). — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire (*Thèse de Lyon*, 1903-1904, in-8, 80 p., n° 84).
- CARLSON (G. W.). et MARSHALL (V. F.). — Intestinal obstruction following appendectomy; study of twenty-one cases (*Ann. of Surg.*, Philad., 1926, LXXXIV, p. 583-87).
- CARLUCCI (G. A.). — Abdominal wall defects following appendicectomy (*Ann. Surg.*, 100, 1177-1183, déc. 1934).
- CHEEVER. — Coudure par adhérence de la partie terminale de l'iléon, cause d'obstruction intestinale dans certains cas d'appendicite aiguë (*The Boston Med. and Surgical Journal*, t. CLXVIII, n° 20, 15 mai 1913, p. 719; Analyse in *Journ. de Chir.*, t. XI, 1913, p. 98).

- CHENUT (A.). — Iléus dynamique post-opératoire guéri après rachianesthésie ; les indications de la rachianesthésie dans le traitement des occlusions intestinales (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, LVII, 1927, 25 fév., p. 140-143).
- CHENUT (André). — Occlusion intestinale après appendicectomie à chaud (*Soc. Chir. Bordeaux et S. O.*, 3 avril 1930, et *Bordeaux Chirurgical*, juillet 1930, p. 132).
- CHICHKO. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Travaux de la Clinique du Professeur Oppel*, t. III, 1912, p. 215 ; analyse in *Journal de Chirurgie*, t. VIII, 1912, p. 455).
- COLLAS. — De l'occlusion intestinale consécutive aux laparotomies (*Thèse de Paris*, 1889-90).
- COTTARD (E.). — Occlusion intestinale aiguë après opération d'appendicite aiguë (*Ann. de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth*, juillet et août 1935).
- CROISIER (M.). — Etranglement du côlon pelvien par l'appendicite. Occlusion intestinale. Gangrène (*Soc. des Chirurgiens de Paris*, séance du 21 février 1930).
- DEAVER (J. B.). — Postoperative intestinal obstruction (*Atlantic Med. Journ.*, 1924-25, XXVIII, p. 421-425).
- DELORE, GABRIELLE et MERZ. — Deux cas d'occlusion intestinale post-appendiculaire à forme de paralysie traités par l'entérostomie (*Lyon Chirurgical*, 31, 604-607, sept.-oct. 1934).
- DICKINSON. — Intestinal obstruction following unrecognized case of appendicitis (*New-York State J. M.* (New-York), 1923, p. 61).

- DUCHET et SUCHAUX. — Deux cas d'occlusion intestinale post-appendiculaire (*Soc. Nationale de Chirurgie*, 6 déc. 1933, n° 33, 16 déc. 1933).
- DUJARIER. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. 50, 1924, n° 10, 22 mars).
- DUNET et VACHEY. — Occlusion intestinale tardive après appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 4 mars 1925).
- DUPONT (R.). — De l'occlusion intestinale précoce après l'opération d'appendicite aiguë (*Paris Chirurgical*, 1921, XIII, p. 13-30).
- DUVERGEY (J.). — Adhérences douloureuses consécutives à l'appendicectomie (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1908, XXXVIII, p. 825).
- EDELMANN. — Spastische Ileus, Appendizitis und Darmgrippe (*Zeitschr. f. Chir.*, t. LV, 1928, n° 2, 14 janvier, p. 75).
- ENDERLEN. — Iléus dans l'appendicite (*Société Médicale de Wurzburg*, 12 juillet 1910, in *München Med. Woch.*, t. 47, n° 35, 30 août 1910).
- ERDMAN (S.). — High enterostomy for relief of ileus complicating appendicitis (*Surg. Clin. N. Amer.* (Philadelphie), 1921, p. 1663).
- ESTREM (C. O.). — Post-operative ileus (*Minnesota Med.*, XI, 1928, février, p. 83-87).
- FIEVEZ. — Appendicite et occlusion intestinale (*Concours Médical*, 1924, p. 1119).
- FOLLIOT (M.-F.). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire (*Thèse de Bordeaux*, 1904-05, in-8, 83 p., n° 15).

- FOUGERAT. — L'iléus mécanique après appendicectomie (*Thèse de Bordeaux*, 1925-26, in-8, n° 15).
- FRANÇAIS. — Appendicite opérée à chaud. Occlusion intestinale consécutive. Iléostomie. Fermeture ultérieure de la fistule par résection de l'anse et anastomose termino-terminale (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, séance du 22 nov. 1935).
- FRANCHINI (J.). — Oclusão intestinal post-operatoria (*Gaz. d. Hosp. de Porto*, 1913, VII, p. 82-113).
- FUNK (V. A.). — Acute postoperative intestinal obstructions (*Journ. Indiana Med. Assoc.*, 1913, VI, p. 443-49).
- GAILLARDE. — De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite et après appendicectomie (*Thèse d'Alger*, 1930-31).
- GATELIER (J.) et PORCHER (P.). — A propos des occlusions pots-opératoires dans les appendicites aiguës (*Arch. des Maladies de l'Appareil digestif*, 20, 1108-1113, nov. 1930).
- GAUDIN (P.). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire (*Thèse de Paris*, 1913-14, in-8, 128 p., n° 344).
- GAYET. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Société de Chirurgie de Lyon*, 11 janvier 1912, in *Lyon Chirurgical*, t. VII, n° 3, 1^{er} mars 1912).
- GIBERT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales tardives consécutives à l'appendicectomie (*Thèse de Toulouse*, 1935-36).
- GIBSON (C. L.). — Post-operative intestinal obstruction (*Ann. of Surg.*, Philad., 1916, LXIII, p. 442-51).

- GILLESPIE. — Acute intestinal obstruction caused by the appendix vermiformis ; The obstruction obscuring an acute appendicitis (*The Lancet*, 1912, p. 799).
- GODARD (H.) et PALIOS (C.). — L'occlusion intestinale dans l'appendicite (*Arch. Franco-Belges de Chirurgie*, 33, 229-242, mars 1932).
- GODLEWSKI. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Soc. de Chir. de Marseille*, séance du 12 mai 1930).
- GOINARD, CHEVAUX et POUGET. — Appendicite perforée avec abcès pelvien évoluant sous forme d'une occlusion intestinale chez un vieillard. Accidents graves par rachi-anesthésie (*L'Algérie Médicale*, février 1929, p. 64).
- GREKOFF, NETCHAIEFF. — Occlusion intestinale par appendicite (*Roussky Vrach.*, t. VIII, n° 38, 19 septembre 1909).
- GROUW (G.). — Des occlusions intestinales appendiculaires (*Thèse de Paris*, 1905-06, in-8, 121 p., n° 451).
- GUICHARD (L.) et SIMÉON (A.). — Occlusions tardives aiguës par volvulus partiel du grêle sous bride neuf mois après appendicectomie (*Arch. de Méd. et Pharm. Navales*, avril, mai, juin 1934).
- GUNN (J. A.). — Post-operative ileus (*Canad. Med. Ass. Journ.*, XVII, 1927, oct., p. 1154-57).
- HAMANT. — Occlusions consécutives à l'appendicectomie (*Soc. Méd. de Nancy*, 28 nov. 1934, et *Revue Médicale de l'Est*, 13 janv. 1935).
- HAMANT, CHALNOT et ROTHAN. — Les occlusions post-opératoires d'origine appendiculaire (*Revue Médicale de l'Est*, 63, 12-30, 1^{er} janv. 1935).
- HANSSEN. — The appendic. as a cause of ileus (*Rev. Med.*, Bergen, 1918, p. 546).

- HARRIGAN (A. H.). — Acute intestinal obstruction following appendectomy (*Surg. Gynec. and Obst.*, Chicago, 1919, XXVIII, 561-68).
- HARTWELL (J. A.). — Enterostomy for intestinal obstruction following acute appendicitis (*Ann. Surg.*, Philadelphie, 1913, p. 405).
- HAWKES. — Des moyens de prévenir l'occlusion intestinale dans les interventions pour appendicite (*Annals of Surgery*, 1909, p. 192, *Journal de Chirurgie*, t. II, 1909, p. 559).
- HEIN (B.). — Ein Fall von Strangulation ileus bei akuter appendizitis (*Med. Klin.*, Berlin, 1923, p. 460).
- HORINE (C. F.). — The prevention of acute intestinal obstruction ; analysis of 100 cases (*Ann. of Surg.*, Philad., 1924, LXXX, p. 42-44).
- HUET (P.). — A propos des occlusions post-opératoires de l'appendicite aiguë (*Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chir.*, 59, 1503-1505, 23 déc. 1933).
- HUGUIER (A.) et LANES (J.). — Deux cas de péritonite avec occlusion aiguë après appendicectomie à froid (*Paris Chirurgical*, 1925, XVII, p. 44-48).
- ION JIANU et G. BUZOIANU. — Consideratiuni asupra oclusiilor intestinale post-operatorii apendiculare (*Spitalul*, n° 2, 1927, p. 54).
- JANKOWSKI. — Strangulation ileus infolge von multiples adhäsions bildung nach appendicitis (*Deutsch. Med. Woch.*, 1909, p. 1656).
- JEMTEL. — Occlusion intestinale de cause appendiculaire (*Province Médicale*, 1^{er} mars 1913).
- JOHNSTONE (R. H.). — Complications and sequelae of operations for appendicitis (*Illinois Med. Journal*, LI, 1927, 23 avril, p. 1320).

- JOUVERT. — Les occlusions mécaniques précoces d'origine appendiculaire et leur traitement (*Thèse de Paris*, 1926).
- JOYEUX. — Un nouveau cas d'occlusion intestinale après appendicectomie (séance du 11 déc. 1936, *Arch. de la Soc. des Sciences Méd. Biol.*, février 1937).
- JUDD (A. M.). — Post-operative mechanical obstruction of the bowel occurring shortly after operative procedure (*Long Island Med. Journ.*, Brooklyn, 1912, VI, p. 9-11).
- KAYNER. — Appendicite aiguë et obstruction intestinale (*Journ. Chir.*, août 1924).
- KINYON. — Intestinal resection for obstruction following appendicectomy (*Ann. Surg.*, Philadelphie, 1921, p. 249).
- KIRMISSON. — Occlusion intestinale post-appendiculaire (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1901).
- LACROIX (A.). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires (*Thèse de Montpelier*, 1922-23).
- LAMY (F.). — Les occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire (*Thèse de Paris*, 1907-1908).
- LAPEYRE. — Occlusion intestinale post-appendiculaire (*Comptes Rendus du Congrès de Chirurgie de 1903*).
- Contribution à l'étude de l'appendicectomie dans le traitement des occlusions ayant pour siège le gros intestin (*XVIII^e Congrès Français de Chirurgie*, Paris, 1905, p. 776).
- LARDENNOIS. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. 50, 1924, n° 10, 22 mars).

- LEFORT. — Occlusion très tardive de l'intestin par brides et adhérences péritonéales après crises appendiculaires. Rapport de Lejars (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, séance du 13 avril 1904).
- LEJEUNE. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale après l'appendicectomie (*Thèse de Lille*, 1930-31).
- LENCLOS (E.). — Des occlusions intestinales post-opératoires (*Thèse de Nancy*, 1898).
- LENORMANT. — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire (*Presse Médicale*, 24 juin 1911).
- LÉO. — Péritonite avec occlusion dans les appendicectomies à froid (*Soc. des Chir. de Paris*, 16 janvier 1925).
- LEOTTA. — L'iléo-meccanico da appendicite (*Med. Nuova*, Roma, 1914, p. 401).
- LEVEUF. — A propos de l'occlusion intestinale après appendicectomie à chaud chez les enfants (*La Pédiatrie pratique*, n° 2, 15 fév. 1937).
- LILIENTHAL. — Occlusion intestinale consécutive à une opération d'appendicite (*S. de Chir. de New-York*, 13 oct. 1909, in *Annals of Surgery*, t. LI, n° 1, janvier 1910).
- Mac FARLAU. — Intestinal obstruction following acute appendicitis (*British Medical Journal*, London, 923, p. 31).
- MAISONNET. — Occlusion intestinale consécutive à une appendicectomie d'urgence. Entérostomie. Interventions consécutives (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 20, 16 juin 1928, t. LIV, p. 816).
- MARION. — Appendicite et occlusion intestinale (*Gazette des Hôpitaux*, n° 134, p. 24, novembre 1900).

- MARSHALL (V. F.). — Post-operative complications following appendectomy; report of cases (*Wisconsin Med. Journal*, 1934-25, XXIII, p. 553-55).
- MATHIEU (P.). — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1924, I, p. 387-95).
- MARTEL. — A propos des occlusions intestinales post-appendiculaires (*Soc. Nat. de Chir.*, 20 juin 1928, p. 898).
- MATHIEU. — Occlusion dans l'appendicite (*Journ. de Chir.*, 1925, p. 655).
- MATTHEWS. — Appendicitis causing partial intestinal obstruction (*S. Clin. Nordt America*, octobre 1927, p. 1253).
- MEHLIN (H.). — Isacen und Appendectomie (prévention de l'iléus post-opératoire) (*Schweiz. Med. Woch.*, LVII, 1927, 22 octobre, p. 1037-38).
- MILLER (L. I.). — Post operative ileus (*Colorado Medic.*, Denver, 1925, XXII, p. 93-102).
- NAOUMOFF (C.). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires (*Thèse de Montpellier*, 1895-96).
- NÉGRIÉ. — Un cas d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris*, 1924, I, p. 438-42).
- NEGRONI. — Dell'iléo da appendicite (*Osp. Magg. Riv. Sc. Prat. di Milano*, 1909, p. 18).
- O'CONOR. — Intestinal obstruction and appendicitis (*British Medical Journ.*, London, 1918, p. 573).
- OLIVECRONA (H.). — Experimental and clinical study of post-operative so-called paralytic ileus (*Acta Chir. Scandinav.*, LXI, 1927, p. 485-534).
- LOUDARD. — Quatre cas d'occlusion aiguë consécutive à l'appendicectomie (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Chir. de Paris*, 1924, p. 660-683).

- PARCELIER. — Occlusion intestinale après appendicectomie (*Gaz. Hebd. des Soc. Méd. de Bordeaux*, 22 juin 1930, et *Bordeaux Chir.*, juillet 1930, p. 162).
- PASCHOUD. — Intestinal stasis from chronic appendicitis Inadequacy of surgical treatment (*Rev. Med. de la Suisse Romande*, 16 mars 1927, p. 223).
- PERDOUX. — Occlusion intestinale à la suite d'une opération d'appendicite aiguë (*Soc. des Méd. de la Vienne*, août 1931).
- PETITI. — De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite aiguë (*Bull. et Mém. de Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. 53, n° 25, 22 octobre 1927).
- PISSAVY. — Appendicite à forme d'occlusion intestinale (*La Clinique*, 19 février 1909).
- POTHERAT. — Etranglement intestinal après l'appendicite (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, séance du 4 mai 1904).
- POUCEL et HENRI. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire à pathogénie complexe (*Marseille Médical*, 1923, p. 310).
- RAYNER. — Occlusion et appendicite (*British Medical Journal*, mai 1924, p. 855).
- RICHARDSON (E. P.). — Ileostomy for post-operative obstruction following appendectomy (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1920, LXXXII, p. 362-66).
- RIVALORA (R.) et DETCHESSARRY. — Sobre dos casos occlusion intestinal post-operatoria (*Semana Med.*, Buenos-Ayres, II, 1927, 14 juillet, p. 114).
- ROCHER (H.-L.) et GUÉRIN. — Occlusion intestinale consécutive à une appendicectomie d'urgence. Libération des adhérences. Récidive. Fistulation du grêle. Fermeture extra-péritonéale (*Soc. Chir. de Bordeaux*, 6 mars 1930, et *Bordeaux Chirurgical*, juillet 1930, p. 125).

- ROUX-BERGER. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. 50, 1924, n° 11, 29 mars).
- SACERDOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales d'origine appendiculaire (*Thèse de Paris*, 1927).
- SAUVÉ. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. 50, 1924, n° 11, 29 mars).
- SAVARIAUD. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. 50, n° 12, 5 avril 1924).
- SIVERTSEN (I.). — Post-operative intestinal obstruction (*Minnesota Med.*, Saint-Paul, 1921, IV, p. 559-64).
- SOUTHAM (A. H.). — Treatment of ileus following operations (*Lancet*, I, 1928, 7 janvier, p. 41-42).
- STULTZ. — Occlusion intestinale à la suite d'appendicectomie pour appendicite aiguë (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1924, t. I, p. 707-09).
- SWINGHEDAUW et LEJEUNE. — Occlusion intestinale consécutive à une appendicite phlegmoneuse (*Nord Médical*, Lille, 1^{er} août 1930, p. 561).
- EMOND THEILLIER. — Contribution à l'étude du traitement des occlusions intestinales après appendicectomie (*Thèse de Paris*, 1928).
- ULRICH. — Iléus post-opératoire après appendicectomie. Du traitement opératoire de l'occlusion intestinale chez les malades récemment opérés de l'appendicite (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de l'Elysée*, mai 1931, n° 23).
- URRUTIA (L.). — Appendicite et occlusion intestinale (*Le Praticien du Nord de l'Afrique*, n° 1, 15 octobre 1928, p. 29).

- VALENTINI. — Occlusion intestinale tardiva nell'appendicite (*Riv. de Cir.*, Como, 1925, p. 1).
- VANVERTS. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, t. 50, 1924, n° 14, 19 avril 1924).
- VANVERTS (J.). — Occlusion intestinale tardive (volvulus d'une anse grêle), abcès péri-appendiculaire (*Réunion Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Lille*, séance du 17 mars 1930).
- VENOT. — Occlusion intestinale au cours de l'appendicite (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 24 nov. 1907).
- VERGOZ. — Occlusion intestinale tardive après appendicectomie (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, n° 33, 17 décembre 1927).
- VIALLE (F.). — Traitement des occlusions intestinales précoces consécutives aux opérations d'appendicite à chaud (*Gaz. Méd. Franç. et des Pays de Langue Franç.*, 1^{er} février 1934, n° 2).
- VIANNAY. — De l'occlusion intestinale consécutive à l'opération pour appendicite à chaud (*La Loire Médicale*, t. 41, n° 9, sept. 1927).
- Trois cas d'occlusion intestinale survenue peu après une appendicectomie à chaud (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, LIII, 1927, 16 juillet, p. 998-1003).
- VIANNAY (Ch.). — Trois nouveaux cas d'occlusion intestinale après appendicectomie (*Loire Médicale*, 15 nov. 1931).
- VIGANUD (C.). — L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë et chronique (*Thèse de Paris*, 1900, in-8).
- VILLARD. — De la valeur du péristaltisme intestinal dans le pronostic et le traitement des occlusions post-opératoires (*Lyon Médical*, 1912, CXVIII, p. 840-848).

VONCKEN. — Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, Paris, LIII, 1927, 25 juin, p. 878-85).

— Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë (*Archives Méd. Belges*, LXXXI, 1928, n° 1, janvier, p. 1).

VON SAAR. — Ueber Pseudoileus bei Appenditiis (*Oest. Aertz. Zeitung.*, Wien, 1912, p. 73).

WALKER (I. J.). — Post-operative obstruction of the small intestine (*Surg. Clin. North. Amer.*, Philad., 1922, II, p. 1145-53).

WAREN. — Appendicitis as a cause of intestinal obstruction (*Bristol Med. Chir. Journ.*, 1925, p. 23).

YOVANOVITCH. — Occlusions intestinales consécutives aux appendicectomies (*Arch. Hospitalières*, février 1938, n° 4, p. 151).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



